



Fredag den 19. november 2010 (D)

1

21. møde

Fredag den 19. november 2010 kl. 10.00

Dagsorden

1) Forespørgsel nr. F 3:

Forespørgsel til indenrigs- og sundhedsministeren om svangreomsorg.

Af Line Barfod (EL) m.fl.

(Anmeldelse 14.10.2010. Fremme 26.10.2010).

2) 1. behandling af beslutningsforslag nr. B 1:

Forslag til folketingsbeslutning om oprettelse af diagnosecentre.

Af Sophie Hæstorp Andersen (S) og Jonas Dahl (SF) m.fl.

(Fremsættelse 06.10.2010).

3) 1. behandling af beslutningsforslag nr. B 4:

Forslag til folketingsbeslutning om indgreb over for lægers interessekonflikter.

Af Per Clausen (EL) m.fl.

(Fremsættelse 14.10.2010).

Kl. 10:00

Meddelelser fra formanden

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Mødet er åbnet.

I dag er der følgende anmeldelser:

Johs. Poulsen (RV) m.fl.:

Lovforslag nr. L 82 (Forslag til lov om ændring af lov om regionernes finansiering).

Karsten Hønge (SF) og Christine Antorini (S) m.fl.:

Beslutningsforslag nr. B 25 (Forslag til folketingsbeslutning om sociale klausuler om lærlinge og elever i statens udbud) og

Beslutningsforslag nr. B 26 (Forslag til folketingsbeslutning om sociale klausuler om lærlinge og elever i bolig- og pensionsselskabers byggeri).

Titler på de anmeldte sager vil fremgå af www.folketingstidende.dk (jf. ovenfor).

Det første punkt på dagsordenen er:

1) Forespørgsel nr. F 3:

Forespørgsel til indenrigs- og sundhedsministeren om svangreomsorg:

Vil ministeren redegøre for, hvordan han vil sikre, at alle kvinder får den rette omsorg i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorg, herunder fødselsforberedelse, jordemoder under fødslen, mulighed for at blive på fødestedet, til amningen er i gang osv.?

Af Line Barfod (EL), Frank Aaen (EL), Per Clausen (EL) og Johanne Schmidt-Nielsen (EL).

(Anmeldelse 14.10.2010. Fremme 26.10.2010).

Kl. 10:00

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Vi byder velkommen til sundhedsministeren, for det første punkt på dagsordenen er forespørgsel nr. F 3 til indenrigs- og sundhedsministeren om svangreomsorg af Line Barfod m.fl.

Jeg gør opmærksom på, at afstemning om eventuelle forslag til vedtagelse udsættes til tirsdag den 23. november 2010.

Først er det fru Line Barfod som ordfører for forespørgerne til begrundelse.

Kl. 10:01

Begrundelse

(Ordfører for forespørgerne)

Line Barfod (EL):

En fødsel er en stor oplevelse. Den skulle gerne være starten på et godt liv, og i Danmark har vi alle muligheder for at kunne sikre, at en fødsel også bliver en rigtig god start på et godt liv.

Desværre er der i de senere år blevet skåret så kraftigt i svangreomsorgen for gravide og fødende, at landets jordemødre er begyndt at sige fra. De kan i mange tilfælde ikke længere tage ansvar for, at fødslerne forløber godt, fordi de skal passe flere fødsler på en gang, og fordi mange fødende ikke har fået fødselsforberedelse.

Efter flere års forhandlinger fremlagde Sundhedsstyrelsen sine anbefalinger til en god svangreomsorg – anbefalinger, der, hvis de bliver fulgt, kan rette op på den situation, og som kan sikre, at vi får en god svangreomsorg, gode forhold for de fødende. Derfor glæder det mig, at indenrigs- og sundhedsministeren tager området så alvorligt, at han i foråret svarede mig følgende på spørgsmål S 1683:

»De regionale tilbud skal naturligvis være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger«.

Dermed er det jo fastslået fra ministerens side, at anbefalingerne ikke er en vejledning, men er noget, der *skal* følges.

Jeg har så rejst den her forespørgselsdebat, for at vi kan få diskuteret, hvad vi så gør, for at anbefalingerne rent faktisk bliver fulgt. Og ministeren har så – foranlediget af forespørgslen – igangsat en undersøgelse for at få afklaret, hvordan det rent faktisk ser ud på landets fødesteder. Det bliver godt at få belyst, for da man i 2003 sidst lavede en undersøgelse, så det rigtig slemt ud.

Jeg håber, at vi under denne debat kan få diskuteret, hvad vi så helt konkret gør for at sikre, at fødende kvinder kan være trygge; at man kan regne med, at der er en jordemoder til stede under hele fødslen; og at man ikke, straks efter man har født, bliver sendt hjem, hvis man ikke føler sig klar til det. For vi oplever jo, at flere og flere betaler for en privat jordemoder for at være sikre på at have en jordemoder under fødslen, men det kan man jo kun, hvis man har råd til det. Og det skal altså ikke være sådan i vores samfund, at det kun er de velstillede, der kan få gode fødsler, mens de fattige må ligge alene på en fødestue og straks efter fødslen blive sendt hjem uden at vide, hvordan de egentlig får gang i amningen.

I Folketinget bliver der brugt mange kræfter på at diskutere kræftplaner. Hvad skal vi gøre for at sikre, at flere overlever kræft? Det er også godt og vigtigt, men det er altså lige så vigtigt, at vi får sikret en god svangreomsorg, så alle kan få en god start på livet, uanset hvor rige eller fattige deres forældre er, og derfor håber jeg, at vi får en god debat i dag.

Kl. 10:04

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Tak til ordføreren for forespørgerne. Så er det indenrigs- og sundhedsministeren til besvarelse af forespørgslen.

Kl. 10:04

Besvarelse

Indenrigs- og sundhedsministeren (Bertel Haarder):

Jeg vil gerne understrege, at det inden for sundhedslovens rammer er regionernes ansvar at tilrettelægge de konkrete tilbud vedrørende svangreomsorgen. Regionernes behandling af og tilbud til gravide kvinder må tage udgangspunkt i at være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen.

Disse anbefalinger er udtryk for et fagligt kvalitets- og serviceniveau, som regionerne bør tilstræbe i forbindelse med den konkrete tilrettelæggelse. Anbefalingerne tager bl.a. udgangspunkt i lovfæstede krav, der følger af, at behandling efter sundhedslovens § 5 bl.a. omfatter fødselshjælp, og at Regionsrådet i medfør af sundhedslovens § 83 skal yde forebyggende helbredsundersøgelser hos en jordemoder og jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet. Inden for de nævnte rammer er det regionerne, som fastlægger serviceniveauet, og det er regionernes ansvar løbende at planlægge svangreomsorgen hensigtsmæssigt for både vordende forældre og for personalet, og det skal ske ved hjælp af fødeplaner eller hospitalsplaner.

Der har den senere tid været debat om, hvorvidt regionernes tilbud og serviceniveau er i overensstemmelse med anbefalingerne for svangreomsorgen. Sundhedsstyrelsen har derfor – med svarfrist januar 2011 – anmodet alle regioner om en kortfattet redegørelse, hvor regionerne skal beskrive det nuværende tilbud, herunder fødselsforberedelse, jordemoder under fødslen, barselstilbud samt på hvilke punkter fødestederne muligvis ikke lever op til anbefalingerne for svangreomsorgen. Sundhedsstyrelsen har desuden anmodet Kommunernes Landsforening om en status for, hvordan kommunerne lever op til anbefalingerne for svangreomsorgen, herunder tidspunktet for sundhedsplejerskens første besøg efter en fødsel.

Jeg ser frem til at modtage resultatet af denne kortlægning, der som sagt sker senest i januar, så der skabes klarhed over, i hvilket omfang der eventuelt kan være behov for, at regionerne justerer ni-

veuet for den svangreomsorg, som i dag tilbydes vordende forældre.

Kl. 10:07

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Tak til ministeren. Så er det fru Line Barfod som ordfører for forespørgerne.

Kl. 10:07

Forhandling

(Ordfører for forespørgerne)

Line Barfod (EL):

Jeg takker for ministerens kortfattede redegørelse.

Jeg synes, som jeg sagde i indledningen, at det er afgørende, at Folketinget tager svangreomsorgen meget alvorligt, at vi politisk får markeret, at det her faktisk er et område, som har en meget stor betydning, jo faktisk for alle mennesker, fordi vi alle sammen starter med at blive født, og derfor er det rigtig afgørende, at vi kan sikre, at alle får en god fødsel og en god start på livet.

Det er selvfølgelig ikke noget, som der er lige så mange penge i, som er lige så prestigefyldt osv. som kræftbehandling, store hjerteoperationer eller andet, der kræver meget stor teknik, og som har høj prestige. Men det burde det jo egentlig have, det burde have lige så stor prestige at beskæftige sig med, hvordan vi sikrer, at gravide bliver behandlet godt, hvordan vi sikrer, at man får en god fødsel, får en god start på det nye liv som en lille familie.

Det er rigtig vigtigt, og det er noget, som jeg håber også vil kunne få større politisk gennemslagskraft fremover, for jeg tror, at en af grundene til, at der bliver skåret så meget på det område, er, at det ikke rigtig er noget, som man politisk er optaget af. Om det så er, fordi man har en holdning om, at det bare er kvinder, eller fordi man har en holdning om, at det er sådan noget, som man nok skal klare, ved jeg ikke. Altså, børnene bliver jo født; på den ene eller anden måde bliver de jo født, men man glemmer bare, at der er stor forskel på, hvordan børnene bliver født. Det kan gå godt, og det kan gå mindre godt, og hvis det går mindre godt, kan det altså give mange problemer, og det kan sådan set også koste mange flere penge for sundhedsvæsenet og for det sociale område, hvis ikke man sikrer en god start.

I april i år gennemførte dagbladet Politiken en rundringning til 12 hospitaler. 7 af dem havde en grænse for, hvor længe flergangsfødende uden komplikationer måtte blive. Den grænse var på mellem 4 og 8 timer. Altså, 4 timer efter, at man har født barnet, kan man risikere at blive smidt ud fra fødestedet og sendt hjem, selv om man måske overhovedet ikke føler sig klar til det. Det er ødelæggende, når man har den slags regler.

På socialområdet ville man sige, at det var at sætte skøn under regel, og Ombudsmanden ville gribe ind og sige, at det må man ikke, for det skal jo helt klart være en individuel vurdering, hvornår en kvinde, der har født, føler sig klar til at tage hjem. Der er nogle, der straks er klar, og som, nærmest lige efter de har født, rejser sig og vil hjem, og så er der andre, der har behov for et par dages hvile og for at få ordentlig hjælp til at få amningen i gang. Nogle fødsler går ret hurtigt og nemt, og andre fødsler tager mange, mange timer og er meget vanskelige.

Jordemødrene får en rigtig god uddannelse. De er altså uddannet til at kunne lave de individuelle vurderinger, og de er gode til det. Derfor skal vi lade jordemødrene få lov til at bruge deres faglighed til at lave de individuelle vurderinger, i stedet for at man laver de her firkantede regler.

I 2003 gennemførte den daværende sundhedsminister, Lars Løkke Rasmussen, en undersøgelse som opfølgning på Folketingets debat om Enhedslistens beslutningsforslag om, at man skal have ret til

en jordemoder under fødslen. Undersøgelsens resultat var uhyggelig læsning. Kun på 13 pct. af fødestederne kunne man være næsten sikker på at have en jordemoder under hele fødslen – 13 pct. På 22 pct. af fødestederne var der mindre end 50 pct. sandsynlighed for at have en jordemoder under hele fødslen. Det kan vi altså gøre langt bedre. Vi har ikke mangel på jordemødre i dag. Der er jordemødre nok, vi skal bare bruge dem.

Vi må kunne sikre, at alle gravide får en god og gratis fødselsforberedelse, at man kan blive på fødestedet efter fødslen, så længe man har behov for, og selvfølgelig også, at man under fødslen og under hele fødslen har en jordemoder til stede.

Man skal også være sikker på, at man kan få en samtale med jordemoderen efter fødslen. Det er vigtigt at få snakket igennem, hvordan fødslen gik. Det kan måske godt for nogle, der sidder og skal have et budget til at hænge sammen, lyde lidt overflødigt, men vi ved, at det har rigtig, rigtig stor betydning at få snakket det igennem, og det er noget af det, der kan gøre, om kvinden, næste gang hun skal føde, vælger et kejsersnit eller vælger at føde på naturlig vis.

Det er også vigtigt, at der er en hurtig opfølgning fra jordemoder og sundhedsplejerske, også når man er kommet hjem, så hvis der opstår problemer med amningen eller med andet, kan man hurtigt tage fat i det og få gjort noget ved det.

Kl. 10:12

Der er desværre en stigning i, hvor mange børn der hurtigt efter fødslen bliver indlagt, fordi de er underernæret. Det er altså uhyggeligt at se et tal på 1 pct. af alle børn, som bliver genindlagt, fordi der opstår problemer, og en del af dem, fordi man har sendt kvinderne hjem og ikke sørget for hurtigt at sikre sig, at amningen går i gang; så børnene ligger simpelt hen og sulter. Det er ikke værdigt i et så rigt land som Danmark.

Flere steder, bl.a. i Nordjylland, har man ordningen med kendt jordemoder, og det giver rigtig gode resultater. Det er jo nærmest indlysende, at en fødsel forløber bedre, og at det er langt tryggere for kvinden og hendes partner, hvis de kender den jordemoder, der er med til fødslen, fordi de har mødt jordemoderen flere gange under graviditeten. Det bør man altså få udbredt over hele landet, så alle kan regne med, at de kan føde med en jordemoder, de kender i forvejen.

Hvis det ikke snart begynder at gå fremad med den basale svangreomsorg, bliver vi altså nødt til at se på, hvad vi skal gøre – om vi f.eks. skal oprette et nationalt råd, som man har det i Norge.

Jeg skal på vegne af Birgitte Josefsen fra Venstre, Julie Skovsby fra Socialdemokraterne, Liselott Blixt fra Dansk Folkeparti, Karl H. Bornhøft fra SF, Vivi Kier fra De Konservative, Lone Dybkjær fra De Radikale, jeg selv fra Enhedslisten, Simon Emil Ammitzbøll fra Liberal Alliance, Per Ørum Jørgensen fra Kristendemokraterne, Christian H. Hansen fra Fokus (UFG) og Pia Christmas-Møller (UFG) fremsætte følgende forslag til vedtagelse:

Forslag til vedtagelse

»Folketinget finder det afgørende, at alle børn sikres en god start på livet, uanset hvor mange penge deres forældre har. Det kan bl.a. sikres gennem regionernes anvendelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorg.«

(Forslag til vedtagelse nr. V 9).

Kl. 10:14

Første næstformand (Mogens Lykkesøft):

Tak til ordføreren. Det af ordføreren oplæste forslag til vedtagelse vil indgå i de videre forhandlinger.

Den næste er fru Birgitte Josefsen som ordfører for Venstre.

Kl. 10:14

(Ordfører)

Birgitte Josefsen (V):

En god start på livet er noget, vi skal tilstræbe at alle kan få, og at det gælder alle. Der kan selvfølgelig opstå komplikationer i forbindelse med en graviditet og en fødsel, men heldigvis er det i de få tilfælde, og der skal selvfølgelig gøres alt, hvad der kan gøres, for at sikre det bedste forløb for den gravide og den fødende og det lille barn, der kommer til verden. Der er også – og det er naturligt – stor forskel på, om der er tale om en førstegangsgavid og -fødende kvinde, eller det er en gravid, der skal føde sit tredje barn.

Jeg tror, at alle, der har prøvet det, føler en vis utryghed ved en situation, som man ikke tidligere har været en del af, man ved ikke rigtig, hvad det er, det handler om; man ser nogle billeder og får noget fortalt, men det er svært at sætte sig ind i det. Det er derfor af stor betydning, at den gravide føler en stor trykthed, når man skal igennem hele forløbet.

Jeg er af den overbevisning, at de vejledninger og de anbefalinger, som Sundhedsstyrelsen har meldt ud, er til stor hjælp i den planlægning, der pågår ude i regionerne. Der er i anbefalingerne lagt vægt på, at der skal sættes større fokus på socialt svage fødende og gravide og fødende med medicinske problemstillinger. Som jeg læser de planer og de anbefalinger, der nu lægges til grund for den proces, der er ude i regionerne, kan jeg se, at der sker en ressourceomlægning i forhold til de nye planer, der er undervejs. Det betyder, at de ressourcestærke i højere grad vil overgå til det begreb, der hedder ambulans fødsel. Jeg har så gjort det, at jeg har forhørt mig ved et par regioner og spurgt efter: Hvad ligger der i ordet ambulans? For der kan jo ligge rigtig meget.

I Region Syd, hvor man sidder og arbejder med planerne, siger man, at det betyder, at den fødende selvfølgelig ikke udskrives midt om natten, men er der, indtil det bliver lyst, og at man har planlagt et udskrivningsforløb for den nybagte mor, så de i ro og mag kan komme hjem. Desuden vil der blive oprettet et barselambulatorium, som har åbent med telefonbetjening hele døgnet rundt. Alle vil blive udskrevet med en tid til barselambulatoriet og vil få en opringning af jordemoderen dagen efter fødslen. Det her er for de ca. 50 pct. ressourcestærke fødende; de 50 pct. øvrige er stadig væk indlagt. Andre regioner har etableret sig på anden vis.

Det er derfor afgørende for mig og Venstre, at regionerne, uanset hvilken region det er, tilrettelægger de konkrete tilbud vedrørende svangreomsorg inden for sundhedslovgivningens rammer, og de regionale tilbud skal selvfølgelig være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorg, og regionerne skal fastsætte deres serviceniveau inden for de fastlagte rammer. Regionernes tilbud bør være i overensstemmelse med de anbefalinger, der er udmeldt af Sundhedsstyrelsen, forstået på den måde, at de overordnede rammer, som anbefalingerne fastlægger, skal respekteres.

Jeg har i de svar, som sundhedsministeren har givet på de spørgsmål, der er sendt til sundhedsministeren, kunnet se, at der er lagt op til, at Sundhedsstyrelsen vil indhente en kortfattet redegørelse fra samtlige regioner, og svarfristen er den 10. januar 2011, så det er om ganske kort tid. I Venstre vil vi selvfølgelig med interesse læse de redegørelser og har en klar forventning om, at alle regioner kan meddele, at deres svangreomsorg er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Kl. 10:18

Første næstformand (Mogens Lykkesøft):

Fru Line Barfod for en kort bemærkning.

- Line Barfod (EL):**
Det glædede mig at høre det sidste, som Venstres ordfører sagde, om at man går ud fra, at man overalt i regionerne er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Jeg skal bare være sikker på, at det er det, Venstre mener man skal have som niveau, herunder også, at man skal kunne være tryk ved og sikker på, at man har en jordemoder til stede under hele fødslen, og ikke risikerer, at jordemoderen skal passe flere fødsler på en gang.
- Kl. 10:18
- Første næstformand (Mogens Lykketoft):**
Ordføreren.
- Kl. 10:18
- Birgitte Josefsen (V):**
Jeg har konstateret, at der er forskellige organisationsformer i de fem regioner, og nu synes jeg, vi skal se de redegørelser, der kommer ind fra de fem regioner, og så deraf læse, om der er en plan, der gør, at man kan føle sig tryk under fødslen. Jeg vil ikke stå her og træffe en beslutning fra Folketingets talerstol om, hvordan man skal organisere sig ude i hver enkelt region. Jeg kan tage udgangspunkt i den region, hvor jeg selv bor, nemlig Region Nordjylland, hvor jeg har hørt fra både gravide og dem, der har født, at de har haft et godt forløb, så jeg håber, at man får et godt forløb hele landet rundt.
- Kl. 10:19
- Første næstformand (Mogens Lykketoft):**
Fru Line Barfod.
- Kl. 10:19
- Line Barfod (EL):**
Jeg forstår ikke helt det, som fru Birgitte Josefsen siger. Hvis man skal følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger – og det går jeg ud fra er det, der er Venstres holdning, sådan har jeg forstået det, og det er også det, der står i det forslag til vedtagelse, som vi alle sammen er enige om – så går jeg ud fra, at det også er Venstres opfattelse, at man som kvinde skal kunne være tryk ved, at der er en jordemoder til stede under ens fødsel. Jeg er med på, at man i Nordjylland har en bedre ordening med en kendt jordemoder, og at det ikke indgår i anbefalingerne, at det skal ud til hele landet, men man må kunne være sikker på, at man har en jordemoder til stede under fødslen, så vi kommer væk fra det, der blev afsløret ved undersøgelsen i 2003, hvor det kun var på 13 pct. af fødestederne i landet, man kunne regne med at have en jordemoder til stede under hele fødslen.
- Kl. 10:20
- Første næstformand (Mogens Lykketoft):**
Ordføreren.
- Kl. 10:20
- Birgitte Josefsen (V):**
Sundhedsstyrelsen har meldt nogle anbefalinger ud, og jeg går ud fra, at regionerne lægger deres fødselsplaner, så de er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.
- Kl. 10:20
- Første næstformand (Mogens Lykketoft):**
Fru Julie Skovsby for en kort bemærkning
- Kl. 10:20
- Julie Skovsby (S):**
Jeg vil gerne komme ind på det samme som fru Line Barfod, for nu hører vi fra ordføreren, at man går ud fra, at regionernes tilbud er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Ordføreren
- Kl. 10:18
- siger også, at tilbuddet selvfølgelig skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Kan vi ikke bare få et klart ja eller nej? Ordføreren nævner selv Region Syddanmark, hvor jeg også kommer fra, hvor ordføreren har fået oplyst, at ingen udskrives midt om natten, at der oprettes barselklinikker, og at man, dagen efter, at man er kommet hjem, får et telefonopkald fra en jordemoder. Spørgsmålet er så, at når Sundhedsstyrelsens anbefalinger siger, man 1-2 dage efter fødslen og udskrivelsen skal have besøg i hjemmet af en jordemoder, synes Venstre så, at man skal det, eller skal man ikke?
- Kl. 10:21
- Første næstformand (Mogens Lykketoft):**
Ordføreren.
- Kl. 10:21
- Birgitte Josefsen (V):**
Det er sådan, at der er et par regioner, der er i gang med at tilrettelægge deres fødselsplaner, derunder Region Syddanmark. Og jeg synes, at man skylder de regioner at se deres endelige planer og deres endelige beslutninger.
- Kl. 10:21
- Første næstformand (Mogens Lykketoft):**
Fru Julie Skovsby.
- Kl. 10:21
- Julie Skovsby (S):**
Det her handler jo om, som ministeren siger, at det er inden for nogle rammer, at regionerne skal tilbyde barselomsorg. Nu er spørgsmålet så: Skal nogen regioner gå under det niveau? Skal de gå uden for rammerne? Det er jo at sænke kvaliteten, og det skaber stor utryghed i den region, hvor jeg kommer fra, at man ikke kan være sikker på, at man, hvis man føder ambulantly og sendes hjem 4-6 timer efter fødslen, sendes hjem, uden at der sker det, som Venstre mener og som Folketinget mener og som ministeren mener, nemlig at Sundhedsstyrelsens anbefalinger følges, og det betyder, at en jordemoder kommer på besøg to gange i ens hjem, den første gang 1-2 dage efter, at man er kommet hjem. Kan man virkelig ikke være mere klar i talen, kan man ikke sige: Ja, vi synes, vi skal have det niveau?
- Kl. 10:23
- Første næstformand (Mogens Lykketoft):**
Ordføreren.
- Kl. 10:23
- Birgitte Josefsen (V):**
Jeg går ud fra, at vi alle i den her sag er enige om, at de fødselsplaner og de svangreomsorgstilbud, der er ude i regionerne, skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og så må vi jo se, hvad planerne indeholder. Nu kommer der en redegørelse fra hver enkelt region, som bliver sendt ind til Sundhedsstyrelsen her senest den 10. januar, og vi vil med stor interesse læse de planer igennem. Men vi kan jo ikke stå her og sige, hvad planerne indeholder, når ikke de er færdige i samtlige regioner.
- Kl. 10:23
- Første næstformand (Mogens Lykketoft):**
Fru Sophie Hæstorp Andersen for en kort bemærkning.
- Kl. 10:23
- Sophie Hæstorp Andersen (S):**
Jeg tror ikke, der er nogen her, der prøver på at få Venstres ordfører, fru Birgitte Josefsen, til at stå på mål for det, man nu har planer om at udføre i Region Syddanmark. Som ordføreren selv var inde på, er det jo planer, man foreløbig har, og som man også skal komme med

en redegørelse for. Men ikke desto mindre er det interessante jo, at lidt skal man stå på mål for det, i og med at regionsformanden, Carl Holst, er Venstremand.

Hvad mener Venstre? Nu står vi her i dag og har en debat i Folketinget, og hvad mener Venstre principielt? Mener Venstre principielt, at man lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om, at en jordemoder skal besøge den nybakte familie i hjemmet 1-2 dage efter, at barnet er født? Eller synes man i Venstre principielt, det er godt nok, at man får et telefonopkald fra jordemoderen og bliver bedt om at flytte hele familien til en barselklinik, så man selv skal pakke barnet sammen, putte det ind i bilen, hvis man har en bil, eller skaffe en taxa kort tid efter fødslen?

Kl. 10:24

Første næstformand (Mogens Lykkesoft):
Ordføreren.

Kl. 10:24

Birgitte Josefsen (V):

Som jeg var inde på i min ordførertale, har Sundhedsstyrelsen i sine anbefalinger lagt vægt på, at man skelner imellem de ressourcestærke og de ressource svage, og det, jeg erfarer, når jeg kigger på det, der er i gang ude i regionerne, er, at man tilpasser sin svangreomsorg sådan, at man bruger nogle flere ressourcer på de ressource svage og nogle færre på de ressource stærke. Men alle regioner skal have en svangreomsorgsplan, der lever op til det, Sundhedsstyrelsen har meldt ud, og er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Kl. 10:25

Første næstformand (Mogens Lykkesoft):
Fru Sophie Hæstorp Andersen.

Kl. 10:25

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Så vil jeg bare gerne høre Venstres egen definition af, hvad en ressourcestærk familie er, efter at man har født. Er det en ressourcestærk familie, når det har været en ukompliceret fødsel, eller er det en ressourcestærk familie, når den har været igennem en kompliceret fødsel, men på overfladen burde have ressourcer, fordi den er velhavende, veluddannet eller lignende? Hvori består det ressourcestærke set med Venstres øjne?

Kl. 10:25

Første næstformand (Mogens Lykkesoft):
Ordføreren.

Kl. 10:25

Birgitte Josefsen (V):

Nu kan der jo være mange definitioner i et sådant forløb af, om man er ressourcestærk eller ressource svag, og jeg har stor tillid til, at de jordemødre, der har fulgt den gravide i hele forløbet og også er til stede, når fødslen sker, foretager en individuel vurdering af, hvem der skal udskrives efter den korte tid, hvem der har brug for at være indlagt i længere tid, og hvilke tilbud der skal sættes i værk, når kvinden, der har født, er kommet hjem. Derfor ligger der nogle anbefalinger i Sundhedsstyrelsens udmeldinger.

Men det er jo også sådan, at der er nogle, der skal tage over, efter at jordemoderen har sluppet kvinden, der har født. Her træder sundhedsplejersken til i stedet, og her ved jeg, at rigtig mange kommuner jo også i den proces har sat fokus på, at man bruger sine kræfter meget på de ressource svage og mindre på de ressource stærke, og det er jo en individuel vurdering.

Kl. 10:26

Første næstformand (Mogens Lykkesoft):

Tak til ordføreren. Så er det fru Julie Skovsby som socialdemokratisk ordfører.

Kl. 10:27

(Ordfører)

Julie Skovsby (S):

Tak. Først vil jeg gerne takke Enhedslisten for at tage initiativ til den forespørgsel i Folketinget i dag om svangreomsorg, dvs. i forbindelse med fødselsforberedelse, selve fødslen og tiden umiddelbart efter en given fødsel. Det er på det helt rigtige tidspunkt, at Folketinget tager den her debat, så tak til Enhedslistens fru Line Barfod.

For det er jo lige nu i disse seneste måneder, at der er blevet skabt enormt stor usikkerhed om, hvilke forhold man som kommende nybakt familie kan forvente. Hele tre regioner – Region Nordjylland, Region Hovedstaden og Region Syddanmark – har fremlagt fødeplaner, som ikke, som ministeren skriver det, på tilstrækkelig vis lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Som socialdemokrat er det vigtigt for mig at slå fast, at nybakte forældre skal have den bedste start som ny familie, og jeg kan godt blive nervøs for, om de får det, hvis man sendes hjem med det samme og efterfølgende skal være alene om at vurdere, om alt er, som det skal være. Nybakte forældre har brug for trygge rammer, så eksempelvis en fødselsdepression opdages i tide, og så f.eks. amningen kan komme godt i gang fra starten, for hvis ikke, kan det få store ernæringsmæssige konsekvenser for den lille.

Sagt med andre ord: At spare på det her område er en rigtig dårlig idé. Som samfund skal vi gå den modsatte vej. Vi skal investere i de nybakte familier, og derfor skal vi være opmærksomme på, at vi ikke får skabt et A- og et B-hold i vores sundhedsvæsen.

Om kort tid vil VKO vedtage en lov, som indfører brugerbetaling på de danske sygehuse. Patientgruppen af ufrivilligt barnløse er den første gruppe af mennesker, som skal have dankortet frem, i det øjeblik de skal behandles på et sygehus. Og det er jo nærliggende i den her tid så at stille spørgsmålet, om denne gruppe af kvinder, som vi nu taler om, altså fødende kvinder, bliver den næste gruppe.

I disse år ser vi også en opblomstring af private tilbud til gravide – ekstra scanninger, privat jordemoder, barselophold osv. – samtidig med at vi oplever forringelser af det offentlige tilbud. Den udvikling synes jeg er skræmmende. Som medlem af Folketingets Sundhedsudvalg og som valgt til at repræsentere fynboerne i Folketinget har det her spørgsmål om, hvad fødende kvinder kan forvente før, under og efter en fødsel, optaget mig utrolig meget, og jeg har derfor stillet en række spørgsmål til vores sundhedsminister.

For at kvalificere debatten vil jeg nu nævne de helt konkrete forhold, som fynske kvinder kan forvente. De kan forvente, at alle kvinder, også førstegangsfødende, som udgangspunkt skal føde ambulantly, og ambulant vil sige, at man sendes hjem 4-6 timer efter fødslen. Der oprettes barselklinikker i forbindelse med fødestederne, hvor familien kan henvende sig efter udskrivelsen og få råd og vejledning, indtil sundhedsplejersken har været på sit første besøg, dvs. på tredjedagen efter fødslen.

Sagt med andre ord: Er der problemer, når man kommer hjem, er det noget med at få pakket bilen og den lille i autostolen – husk på retningslinjer for, hvor lang tid man nu må køre med en lille nyfødt i en autostol – eller også skal man måske af sted med kollektiv trafik og håbe på, at bussen kører på det rigtige tidspunkt, for det kan jo være sent om aftenen.

Det, som Sundhedsstyrelsens anbefalinger siger, er, at i det her konkrete tilfælde, hvor en kvinde føder ambulant, skal en jordemoder komme på hjemmebesøg to gange, og det første besøg skal altså finde sted 1-2 dage efter fødslen.

Lillian Bondo, som er formand for Jordemoderforeningen, har udtalt til Ritzau den 16. september i år, at hun mener, at omsorgen for fødende kvinder nu er så presset, at der er fare for kvindernes og børnenes sundhed. Hun efterlyser, at Sundhedsstyrelsen undersøger, om dens anbefalinger bliver fulgt, og om sikkerheden er i orden. Det er altså det samme spørgsmål, som Enhedslisten i dag har rejst.

Af svarene på de spørgsmål, som jeg har stillet til ministeren, fremgår det, at ja, Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen 2009 er gældende, at de regionale tilbud naturligvis skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og at ja, de regioner, hvis regionale fødeplaner ikke lever op til anbefalingerne, herunder Region Syddanmark, skal aflevere en redegørelse herom. Det er altså en garanti til de kvinder, som vi lige nu taler om.

Kl. 10:32

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Der er en kort bemærkning fra fru Vivi Kier.

Kl. 10:32

Vivi Kier (KF):

Jeg synes altid, det er fint, at vi kan have sådan en debat i Folketingssalen, hvor vi kan diskutere nogle bekymringer, fordi man hører om en enkeltsag eller læser en enkelt linje i avisen, som bliver til en skræmmekampagne. Men der er noget, jeg er lidt i tvivl om, så jeg vil gerne spørge fru Julie Skovsby: Hvis er ansvaret? Er det Folketingets ansvar, at regionerne lever op til det, de skal, eller er det regionernes ansvar at sikre sig, at hele behandlingen af de fødende lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger?

Kl. 10:33

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Ordføreren.

Kl. 10:33

Julie Skovsby (S):

De overordnede økonomiske rammer og selve anbefalingerne er ministerens ansvar. At udfylde og give et godt tilbud inden for de her rammer er regionens ansvar. Og det er jo også derfor, at jeg er glad for, at vi så i dag i et samlet Folketing kan sige: Man kan føle sig tryk ved de her nye regler, fordi der vil komme en jordemoder på hjemmebesøg, hvis man føder ambulantly.

Kl. 10:33

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Fru Vivi Kier.

Kl. 10:34

Vivi Kier (KF):

Igen kan jeg glæde mig over, at vi jo faktisk alle sammen er blevet enige om en vedtagelsestekst, hvor jeg også synes at vi meget tydeligt lægger vægt på, at det her er regionernes ansvar. Og jeg synes, det er vigtigt at holde fast i, at vi ikke herinde fra Folketingets side skal påtage os al detailregulering, for så kan vi jo nedlægge kommunerne og regionerne, fordi der er nogen, der synes, at vi klarer det meget bedre. Det er jeg ikke en af dem der synes. Og så kan jeg høre, at fru Julie Skovsby i sin tale efterlyste, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger blev efterlevet. Så vil jeg gerne have, at fru Julie Skovsby tilkendegiver, at det har ministeren sat i værk, og allerede om ganske kort tid får vi en redegørelse for, hvordan det ser ud i de forskellige regioner.

Kl. 10:34

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Ordføreren.

Kl. 10:34

Julie Skovsby (S):

Ja, og det er det, jeg ikke forstår, altså at man ikke siger mere tydeligt i dag, at der er en garanti for, at de her anbefalinger vil blive fulgt til punkt og prikke.

Når så fru Vivi Kier siger, at det her er et spørgsmål om detailstyring, må jeg virkelig blankt afvise det. Det her er jo ikke et spørgsmål om, om kvinderne skal være indlagt på sygehuset i 3 dage, inden de udskrives, eller om de skal føde ambulantly og så sendes hjem. Nej, det her er et spørgsmål om, om man skal holde kvaliteten og sige: Jamen hvis regionerne og sygehusene vælger at sende kvinderne hjem, også førstegangsfødende, 4-6 timer efter fødslen, så skal vi være sikre på, at de får besøg af en jordemoder. Det er så op til den enkelte region at beslutte, hvilke tilbud man gerne vil have, men vi kan da ikke acceptere, at der er nogle regioner, der ikke lever op til det niveau, som er ministerens ansvar, og som ministeren står inde for, og som vi her i Folketinget ønsker skal være det niveau, man har i det danske sundhedsvæsen.

Kl. 10:36

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Tak til ordføreren. Så er det fru Liselott Blixt som ordfører for Dansk Folkeparti.

Kl. 10:36

(Ordfører)

Liselott Blixt (DF):

Forespørgslen, som er til debat i dag, drejer sig om de forhold, der er for gravide og fødende kvinder i Danmark. Det er et område, som helt basalt er meget vigtigt, da det jo handler om noget så livgivende som nye medborgere, og at de og deres familie får gode betingelser for starten på tilværelsen.

En fødsel er en vigtig begivenhed i en kvindes liv. For de fleste vedkommende er det en positiv oplevelse, trods strabadserne, der er forbundet med det. For en mindre del er det mere problematisk og måske endda traumatisk. Her spiller forholdene i sundhedsvæsenet en betydelig rolle.

Det skal slås fast, at en graviditet og en fødsel som udgangspunkt ikke er en sygdom, men en naturlig del af et menneskeliv. Men der kan være specielle situationer, som sundhedsvæsenet skal tage stilling til, for at barn og familie kommer godt igennem forløbet.

Derfor var det også chokerende at høre om de problemer, som vi blev mødt med i medierne. Jeg tror, at mange af os hurtigt stillede ministeren en dyngge spørgsmål for at få klarhed over, hvad der foregik. Livsfarligt at være på fødegangen; fødsler, som foregik i skyllerummet – ja, det var bare noget af det, vi læste. Og derfor læste jeg Sundhedsstyrelsens anbefalinger, hvor der f.eks. står, at svangreomsorgen omfatter prækonceptionel rådgivning, graviditet, fødsel, barsel og støtte til familiedannelse.

Graviditet, fødsel og barsel er et forløb, hvor de forskellige tilbud og konsultationer er en del af en individuelt tilrettelagt helhed. Den praktiserende læge og jordemoderen er de hovedansvarlige fagpersoner, når det gælder den ukomplicerede graviditet og fødsel, mens speciallæger koordinerer undersøgelse og behandling af komplicerede graviditeter og risikoforløb. Hvis der er specifikke risikofaktorer med behov for medicinske, obstetriske og/eller psykosociale interventioner, kan den gravide have kontakt med andre specialister samt de kommunale tilbud, herunder socialforvaltningen.

Når man så har født, bliver man udskrevet til eget hjem, og også her skal hjælpen fungere. Har man problemer med amningen eller anden ernæring, kontakter fødestedets personale den kommunale sundhedstjeneste for et tidligt besøg i henhold til indgåede aftaler med kommunen, og ved ukomplicerede forhold skal sundhedsplejer-

sken komme senest 7 dage efter. Det er, hvad anbefalingerne bl.a. siger.

Hvis regionerne og kommunerne handler i overensstemmelse med, hvad der står, så mener jeg at det er en god og fornuftig svangreomsorg. Spørgsmålet er selvfølgelig, om man så lever op til det i regioner og kommuner, for det er et ansvar, som de har. Derfor glæder det mig at høre fra ministeren, at der til januar skal ligge en kortfattet redegørelse fra regionerne samt en status fra KL, så vi kan se, om de lever op til anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen. Tak.

Kl. 10:39

Første næstformand (Mogens Lykketoft):
Fru Line Barfod for en kort bemærkning.

Kl. 10:39

Line Barfod (EL):

Der er jo ingen tvivl om, at det med den opdeling, vi har her i landet, er regionerne, der står for sygehusene. Det forhindrer jo ikke, at Folketinget f.eks. vedtager nationale kræftplaner, og at man går ind og siger, at her skal der ske en særlig indsats, eller man diskuterer psykiatrien og siger, at her skal der altså noget særligt til. Derfor er det vel meget naturligt, at Folketinget også diskuterer så vigtigt et område, som hvordan vi tager os af gravide og fødende, og derfor vil jeg gerne høre, om Dansk Folkeparti mener, det er afgørende, at vi får sikret, at man kan være sikker på at have en jordemoder til stede under fødslen.

Kl. 10:40

Første næstformand (Mogens Lykketoft):
Ordføreren.

Kl. 10:40

Liselott Blixt (DF):

Jamen selvfølgelig skal der være en jordemoder til stede ved fødslen. Jeg tror så ikke, at hun skal være der fuldt ud, for en fødsel starter jo, fra man begynder at åbne sig, og det kan være 24 timer. Jeg tror også, at hun har brug for en frokost, eller at man selv vil have en pause. Vi, der har født, ved jo godt, at hun ikke står der konstant. Så spørgsmålet er, hvordan man definerer en jordemoder ved fødslen. Det, jeg tænker på i forbindelse med en jordemoder ved fødslen, er, når man begynder at skulle føde og have barnet ud, det er der, jordemoderen i hvert fald skal være der, for da skal man ikke overlades alene. Så spørgsmålet er definitionen.

Men det, der undrer mig, når vi ser på, hvad der er sket i de sidste 10 år, er, at en jordemoder i dag har 56 fødsler, mens hun for 10 år siden havde 63.

Kl. 10:40

Første næstformand (Mogens Lykketoft):
Fru Line Barfod.

Kl. 10:40

Line Barfod (EL):

Spørgsmålet om, hvornår man har den aktive del af fødslen, er jo defineret af Sundhedsstyrelsen. Det indgår i anbefalingerne. Men det er jo en del af Sundhedsstyrelsens anbefalinger, at man skal have en jordemoder til stede under hele den aktive del af fødslen, og i 2003 kunne vi altså konstatere, at det kunne man kun regne med på 13 pct. af fødestederne. Når redegørelsen kommer fra ministeren i januar, må vi se, hvordan det så ser ud i dag.

Men er det Dansk Folkepartis opfattelse, at vi skal sikre, at alle kvinder kan regne med, at der er en jordemoder til stede under hele den aktive del af fødslen, og at jordemoderen ikke skal passe flere fødsler på en gang?

Første næstformand (Mogens Lykketoft):
Ordføreren.

Kl. 10:41

Kl. 10:41

Liselott Blixt (DF):

Til selve den aktive del af fødslen skal der være en jordemoder til stede.

Kl. 10:41

Første næstformand (Mogens Lykketoft):
Fru Julie Skovsby for en kort bemærkning.

Kl. 10:41

Julie Skovsby (S):

Ordføreren rejser spørgsmålet, om man lever op til anbefalingerne. Jeg kan forstå på Dansk Folkeparti, at man synes godt om anbefalingerne, og at man er villig til at stå på mål for dem.

Så må man jo antage, at Dansk Folkeparti også synes, at det er en rigtig, rigtig god idé, at man, hvis man føder ambulantly og sendes hjem 4-6 timer, efter man har født, får et hjemmebesøg af en jordemoder 1-2 dage efter fødslen.

Men det, jeg egentlig gerne vil spørge Dansk Folkeparti om, er, hvad Dansk Folkeparti vil gøre, hvis nu det viser sig, at regionerne ikke lever op til de her anbefalinger.

Kl. 10:42

Første næstformand (Mogens Lykketoft):
Ordføreren.

Kl. 10:42

Liselott Blixt (DF):

Hvis ikke regionerne gør nok, har jeg et kort svar: Vi nedlægger regionerne.

Kl. 10:42

Første næstformand (Mogens Lykketoft):
Fru Julie Skovsby.

Kl. 10:42

Julie Skovsby (S):

Hvad vil Dansk Folkeparti gøre herindefra? Hvad vil Dansk Folkeparti gøre for den kvinde, der lige nu er gravid, og som måske har udsigt til at skulle føde ambulantly, og som bliver sendt hjem umiddelbart efter fødslen? Vil Dansk Folkeparti sørge for, at der kommer en jordemoder hjem til hende og besøger hende, eller synes Dansk Folkeparti, at det er o.k., at man får et telefonopkald fra sundhedspersonalet på sygehuset?

Kl. 10:43

Første næstformand (Mogens Lykketoft):
Ordføreren.

Kl. 10:43

Liselott Blixt (DF):

Det lyder, som om det at have en ambulantly fødsel er skrækkeligt. Der er faktisk mange, der ønsker det. Jeg har selv været en af slagten, og jeg ønskede bestemt heller ikke at skulle have besøg i mit hjem. Jeg ville have ro og fred til at lægge mig ned og sove, når jeg havde brug for det, eller måske have en telefonlinje i stedet for.

Jeg synes, det er individuelt, hvad vi som kvinder har brug for efter en fødsel, også efter et ambulantly besøg. Men jeg mener også, at dem, der har brug for at få et jordemoderbesøg efter 1-2 dage, skal have det.

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Tak til ordføreren. Så er det hr. Karl H. Bornhøft som ordfører for SF.

Kl. 10:43

regionerne har ansvaret for denne opgave, men at der altså lige er grund til at understrege, at Folketinget har ansvaret for, at regionerne og KL har de muligheder, der skal til, for at kunne leve op til de centralt udstukne retningslinjer. Og de to ting skal hænge sammen.

Kl. 10:48

(Ordfører)

Karl H. Bornhøft (SF):

Først og fremmest tak til Enhedslisten for at have taget initiativ til den her forespørgsel. Vi er helt enige i, at der skal sættes fokus på fødestederne rundtomkring i landet og på hele barselomsorgen.

Vi trænger i høj grad til en debat om, hvad vi kan gøre for at forbedre forholdene og vilkårene for kommende og nybagte mødre og deres spædbørn, og vi trænger såmænd også til at få en debat om jordemødrenes efterhånden urimelige arbejdsvilkår. Og de to ting hænger jo rent faktisk nøje sammen.

I september måned slog Jordemoderforeningen alarm og kunne fortælle, at forholdene på landets fødesteder er uforsvarlige. Det er en advarsel, som jeg rent faktisk mener vi bør tage strengt alvorligt. Jordemødrene er bekymret for patientsikkerheden, og for flere sundhedsplejersker er det bekymrende at se nyfødtes dårlige trivsel.

På grund af pladsmangel oplever vi f.eks. også fødsler i rum, der end ikke er egnet hertil. Samtidig kan vi se, at forældre sendes hjem få timer efter fødslen, ofte midt om natten, selv om moren er afkræftet. Ekspertes peger på, at disse negative forhold er med til at forøge risikoen for en dårlig start på familielivet, og det er jo det, der er grundlæggende vigtigt for os at sikre ikke sker. Det viser sig jo desværre også, at flere og flere udvikler efterfødselsreaktioner og fødselsdepressioner.

Jeg synes også, at vi i den her sammenhæng er nødt til at have blik for, at også hjælpen til amningen er beskåret, selv om amning er afgørende for barnets trivsel. Sundhedsplejersker kan fortælle om nybagte mødre, der opgiver at amme, fordi de savner hjælp de første dage efter fødslen. Konsekvenserne er jo desværre en stigning i antallet af underernærede spædbørn, der bliver nødt til at blive genindlagt, og børnenes helbred sættes desværre i uhyggelig grad på spil.

Jeg vil heller ikke lægge skjul på, at vi er rigtig kede af, at vi her i Danmark ikke lever op til WHO's retningslinjer om, at mødre, der kan og gerne vil amme, skal have den hjælp, viden og støtte, der er brug for. Fra 2011 er det nemlig sådan, at der ikke længere er afsat penge til den indsats, som foregår under det såkaldte spædbørnsvenlige initiativ.

Bedømmelsen af de enkelte fødesteder, der ønsker at blive godkendt som spædbørnsvenlige, har tidligere været foretaget efter WHO's retningslinjer. Vurderingen skete dengang på baggrund af grundige observationer på afdelingerne, i jordemoderkonsultationerne, ved fødslen, ved gennemgang af informationsmateriale og ved samtale med personalet, de gravide og de nybagte mødre. I dag kan vi så registrere, at andelen af børn, der ikke har haft hud til hud-kontakt med moderen umiddelbart efter fødslen, og at andelen af børn, der ikke udelukkende får modermælk, mens de er på fødegangen, altså er stigende, og det er ganske enkelt ikke godt nok. Vi skal kunne evaluere og udvikle kvaliteten af tilbuddet.

Så SF vil gerne være med til at støtte det sundhedsfaglige personale, der er betænkelige ved udviklingen på landets fødesteder. Vi vil gerne være med til at påvirke debatten, så vilkårene bliver markant forbedret. Vi vil ikke acceptere de forhold, der er for første-gangsfødende i Danmark i dag, der bliver sendt hjem mod deres vilje, øjeblikkeligt, og vi vil gerne være med til at sørge for, at vi får fulgt op på den her diskussion.

Det betyder ultrakort, at vi glæder os utrolig til, at ministeren kommer med sin redegørelse efter svarene fra KL og Danske Regioner. Vi kan garantere for, at vi vil være med til at tage debatterne, og vi synes også, at det lige her er nødvendigt at sige, at det er rigtigt, at

Kl. 10:43

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Der er ønske om korte bemærkninger fra tre, og det er først fru Vivi Kier.

Kl. 10:48

Vivi Kier (KF):

Tak. Endnu en gang må jeg sige, at jeg også glæder mig over, at vi tager debatten, for vi har set nogle enkelte historier, nogle enkelte overskrifter, som kan lyde rigtig skræmmende, men som måske ikke helt har bund i virkeligheden. Derfor synes jeg, det er fint, at vi kan tage emnet bredt og overordnet.

Men jeg må sige, at jeg bliver en lille smule forarget, for ikke at sige vildt indigneret, når jeg hører ordføreren fra talerstolen stå at sige, at der findes kvinder i det her land, som end ikke kan føde på en fødestue, men som skal føde ude på små mærkelige steder. Det vil jeg gerne have en klar og tydelig dokumentation for: Hvor og hvornår er det, at kvinder føder på små lyssky steder?

Kl. 10:48

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Ordføreren.

Kl. 10:49

Karl H. Bornhøft (SF):

Jeg har en fuld accept af, at vi kan have forskellige opfattelser af, hvordan tingenes tilstand er. Min opfattelse er, at vi i øjeblikket ikke har den her diskussion, fordi vi har hørt nogle enkelte, nogle meget få historier, vi har faktisk den her diskussion, fordi vi har hørt pænt mange historier – det betegner man dem – kort sagt fortællinger fra mennesker, der har oplevet noget, som vi altså ikke synes er rimeligt. Det er sådan set vores baggrund for at sige, som vi gør.

Jeg vil nu nok sige, at hvis man bare går igennem det materiale, vi har fået fra Jordemoderforeningen og andre, kan man godt se, at det her ikke længere bare er en diskussion om enkeltstående begivenheder.

Det, jeg sagde i min ordførertale, var faktisk, at man nogle steder rundtomkring i Danmark også kommer i den situation, at presset er så stort, at der er nogle kvinder, der kommer til at føde på stuer, der ikke er egnede og skabt til lige præcis det her formål. Det kan man jo bare konstatere, hvis man går ind og læser det materiale, som de faglige organisationer har fremsendt. Det materiale er både til rådighed for mig og for spørgeren.

Kl. 10:50

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Fru Vivi Kier.

Kl. 10:50

Vivi Kier (KF):

Ja, det anede mig. Der er nemlig ingen dokumentation for det, hr. Karl H. Bornhøft står og siger fra talerstolen. Han siger: Det kan vi *tro* kommer til at ske, og det kan vi være *betænkelige* ved vil ske.

Så må jeg igen pege på fakta: For 10 år siden, havde en jordemoder 63 fødsler, i dag har en jordemoder 56 fødsler. Lad det nu ligge.

Jeg hørte også, at ordføreren i sin tale sagde, at man var dybt betænkelig ved alt det, der skete, men nu har vi jo lige hørt, at der i bund og grund ikke er nogen dokumentation for det, ordføreren står og siger, ud over at der har været nogle forskellige faggrupper, som

har udtrykt deres bekymring. Jeg synes, det er rigtig fint, at man er på forkant.

Nu vil jeg bare spørge, om ordføreren ikke vil anerkende, at vi nu om ganske kort tid får en redegørelse fra ministeren for, hvordan de forskellige planer i de forskellige regioner ser ud. Så må vi tage udgangspunkt i det i stedet for at stå og sige, at det og det er sket, når det faktisk ikke er sket og ordføreren ikke har et eneste stykke dokumentation for, at det er sket.

Kl. 10:51

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Ordføreren.

Kl. 10:51

Karl H. Bornhøft (SF):

Det er jo ikke noget problem for mig, og jeg har her tilkendegivet, at jeg faktisk er klar over, at ministeren har bedt om en redegørelse fra regionerne og fra KL. Det er jo lige præcis det, jeg i min tale har stået og sagt: Den glæder vi os ekstremt meget til at se.

Når spørgeren så til gengæld kan hidse sig op over det, at spørgeren ikke mener, jeg kommer med dokumentation, og spørgeren tilsyneladende ikke vil nøjes med at læse det materiale, som vi andre får, og som er vores dokumentation, så kan jeg jo ikke stille noget op i den sammenhæng. Jeg kan bare konstatere, at når der er ansvarlige mennesker, der skriver til mig om nogle bestemte forhold, tager jeg deres ord for pålydende. Jeg er nemlig ikke i stand til at gå rundt på samtlige landets fødesteder og kontrollere, om hver enkelt fødsel nu foregår fuldstændig som den skal, eller om der er noget, der ikke helt er i orden. Den opgave kan jeg desværre ikke påtage mig.

Kl. 10:52

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Fru Liselott Blixt for en kort bemærkning.

Kl. 10:52

Liselott Blixt (DF):

Jeg studser også over det her med, at ordføreren vælger at stille sig op på talerstolen og fortælle, at der er kvinder, der føder i mærkelige rum. Jeg synes, det er synd for de kvinder, der går og er gravide nu og tænker: Jamen får jeg ikke en fødestue?

Vi ved jo alle sammen, at vi netop med hensyn til faglige organisationer skal passe på med de meldinger, der kommer. Jeg er klar over, at jordemødrene gerne ser, at de får de stillinger igen, som blev taget fra dem, da der var mangel. Og det synes jeg vi burde gøre noget ved, for så kunne det være, at vi kunne undgå nogle skræmmekampagner, som netop kun går ud på igen at få deres stillinger tilbage.

Så spørgsmålet er, om ordføreren stadig væk vil fastholde, at det, at kvinder føder i skyllerum og andre mærkelige rum, er noget, ordføreren tror på, og at det er derfor, han står her i dag.

Kl. 10:53

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Ordføreren.

Kl. 10:53

Karl H. Bornhøft (SF):

Altså, den grundlæggende baggrund for, at jeg står her i dag, er selvfølgelig, at der er rejst en forespørgsel. Jeg tror også, det ville have virket utilsigtet, hvis jeg var udeblevet fra den. Så derfor står jeg her altså tilfældigvis i dag.

Jeg synes, at når spørgeren lægger mig nogle ord i munden, som jeg ikke har brugt, såsom at det foregår i mærkelig rum, er jeg nødt til at gøre opmærksom på, at det altså ikke er det, jeg faktisk står og siger. Det, jeg står og siger, er, at der også på grund af det pres, der

er, og den mangel, der tilsyneladende er, altså er forekommet tilfælde, hvor nogle har født i rum, der ikke var egnet til det, der ikke var skabt til det. Det står jeg ved, og det er jo, hvad man i øvrigt også kan læse, hvis man kigger på materialet i forbindelse med den her diskussion.

Kl. 10:54

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Fru Liselott Blixt.

Kl. 10:54

Liselott Blixt (DF):

Jamen jeg har læst og set, hvad der står og er stillet af spørgsmål til ministeren om præcis det samme. Men derfor mener jeg, at når man nu fremfører det, burde man så ikke have fundet ud af, hvad region det var, hvad sygehus det var, det drejede sig om, så man som folketingspolitikere kunne lægge et pres netop på det pågældende sted, altså så vi ikke bare skærer alle regioner, alle sygehuse, alle jordemødre over én kam? Det gør da, at vi får endnu flere kvinder, der bliver nervøse for at komme på sygehus, når de skal føde.

Kl. 10:55

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Ordføreren.

Kl. 10:55

Karl H. Bornhøft (SF):

Jeg vil sige, at det ikke er min opgave at jage enkelte regioner eller enkelte sygehuse; det har vi lokale politikere til i det her land. Det, der er min opgave, er som folketingsmedlem at være med til at sikre, at de forhold, som vi byder og lægger navn til, også er sådan, som vi ønsker. Og derfor synes jeg jo i bund og grund, at det er noget pjat at sige, at fordi man er bekymret for det her, at fordi man tager nogle af de oplysninger, der bliver indsendt til os, for pålydende, så laver man skræmmekampagner.

Jeg gik ud fra, at når vi var enige om teksten ved den her forespørgselsdebat, var det, fordi vi alle sammen var oprigtig interesseret i at sikre, at forholdene var i orden. Og hvis jeg har misforstået det, bliver jeg er bedrøvet.

Kl. 10:56

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Fru Birgitte Josefsen for en kort bemærkning.

Kl. 10:56

Birgitte Josefsen (V):

Jeg kan så starte med at anbefale ordføreren at læse det forslag til vedtagelse, som han selv er medforlagsstiller af.

Nu er det jo sådan, at alle danske sygehuse er i gang med at blive akkrediteret, og alle de fødeafdelinger, vi står og taler om her, er altså en del af de danske sygehuse. Derfor vil jeg spørge hr. Karl H. Bornhøft, om han vil erkende, at man så også, når nu den akkreditering, som er i fuld gang, er blevet gennemført, kan sige om de sygehuse, der får det gode stempel, at forholdene er i orden der.

Kl. 10:56

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Hr. Karl H. Bornhøft.

Kl. 10:56

Karl H. Bornhøft (SF):

Mit enkle svar på det er, at jeg faktisk har meget stor tillid til den undersøgelse og den akkreditering, der foregår. Et sygehus, der er blevet gennemgået og opfylder kravene, mener jeg faktisk også er i orden. Det betyder nødvendigvis ikke det samme som, at der ikke kan være nogen svipsere. Men jeg synes, det vil være fint, efter at

alle fødesteder er blevet gennemgået og vi har fået svar fra regionerne og KL om det her, at vi træffer en afgørelse og foretager en endelig afvejning af, hvad vi så skal gøre for at sikre, at det også bliver sådan, som det skal være.

Det der pjat med, at spørgeren lader, som om jeg ikke kan læse forslaget til vedtagelse, synes jeg jo i bund og grund er lidt pinligt. Der er jo ingen af os, der er til stede her i dag, der er i tvivl om, at når vi laver sådan en fælles tekst, er det en fælles tekst. Men der er formodentlig heller ingen her, der har været med i politik i mere end 2 dage, der ikke godt ved, at en fælles tekst altså faktisk nok også kan opfattes forskelligt, alt efter hvem der læser den.

Kl. 10:58

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Jeg savner faktisk sundhedsministeren i salen; dette er en forespørgselsdebat til sundhedsministeren, så vi bliver nødt til at vente et øjeblik.

Fru Birgitte Josefsen.

Kl. 10:58

Birgitte Josefsen (V):

Jamen med hr. Karl H. Bornhøfts svar på mit første spørgsmål går jeg ud fra, at når først alle sygehuse er blevet akkrediteret og har været igennem den danske kvalitetsmodel, behøver vi ikke længere at skulle høre noget blive sagt fra talerstolen om, at der er nogen, der føder på mærkelige steder; men jeg kan i hvert fald konstatere, at det er meget længe siden, at hr. Karl H. Bornhøft har besøgt en fødeafdeling.

Jeg har her i foråret besøgt fødeafdelingen på Aalborg Sygehus, hvor jeg fik en meget grundig gennemgang af, hvad det er, der foregår, og hvad det er, der sker på en fødeafdeling. Og derfor vil jeg da gerne høre, om hr. Karl H. Bornhøft mener, at det er forkert, at de ressourcestærke udskrives fra fødegangen, når de har mulighed for at komme på et patienthotel. Der findes jo mange forskellige løsninger. Man organiserer det forskelligt fra region til region, men man sikrer, at der netop er nogle tilbud til den fødende og dennes pårørende, så de kan opleve et roligt forløb i forbindelse med fødslen og overgangen til at komme hjem.

Jeg vil også høre hr. Bornhøft, om ikke han synes, at det var en positiv melding, der kom fra en jordemoder i Hjørring, da hun i en tv-udsendelse her i sommer, hvor der blev sat fokus på det her område, gik ud og sagde i den bedste sendetid på tv, at de sådan set havde det rigtig godt på fødeafdelingen, de havde nogle fine forløb og kunne sådan set ikke følge den kritik, der var blevet rejst.

Kl. 11:00

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Taletiden er 1 minut.

Ordføreren.

Kl. 11:00

Karl H. Bornhøft (SF):

Jeg kan jo starte med det sidste og sige, at jeg ligesom spørgeren faktisk glæder mig over, at der er kommet en udmelding fra Hjørring som den, der er beskrevet. Både spørgeren og undertegnede har jo så nær tilknytning til Hjørring og har arbejdet der så længe, at det også ville have undret os, hvis der var nogen problemer i Hjørring, for vi ville formodentlig have bearbejdet dem noget tidligere, da vi jo begge to har haft rimelig stor indflydelse på den del af det.

Men det ændrer ikke på det forhold, at det, vi diskuterer i dag, er den generelle situation for svangreomsorgen og tilbuddene på vores fødesteder. I den sammenhæng er det vigtigt for mig at understrege, at det, som vi er interesseret i, ikke er at gå ind og detailregulere med bestemte måder at organisere arbejdet på rundtomkring, for det har vi lært bliver gjort lokalt, alt efter hvilke både økonomiske og sted-

mæssige muligheder de har. Til gengæld vil vi godt være med til at sikre, at de retningslinjer, som vi har besluttet skal være gældende, bliver fulgt alle steder. Og det er det, vi ønsker at bidrage til.

Kl. 11:01

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

En kort bemærkning fra fru Lone Dybkjær. Den er frafaldet. Så siger vi tak til ordføreren. Så er det fru Vivi Kier som konservativ ordfører.

Kl. 11:01

(Ordfører)

Vivi Kier (KF):

Jeg vil gerne starte med at sige tak til fru Line Barfod for denne forespørgselsdebat. Jeg synes, det er rigtig dejligt, at vi en gang imellem kan tage en debat, som ikke bliver til et konkret forslag, vi skal stå og diskutere, men hvor vi tager et tema op, som man kan være bekymret for. Som jeg også har kunnet høre på debatten indtil nu, har vi alle sammen hist og pist læst, at man i forskellige regioner og foreninger har udtrykt bekymringer omkring det at være gravid og skule føde. Derfor synes jeg, at det er fint, at vi får en debat, hvor vi alle sammen i bred enighed kan samles om en tekst, for også jeg synes, at det er rigtig, rigtig vigtigt, at regionerne lever op til de anbefalinger, som Sundhedsstyrelsen er kommet med.

Så vil jeg gerne fortsætte med at sige, at graviditet og fødsel er en rigtig stor, men heldigvis også for de fleste en rigtig positiv oplevelse. Som sagt er Sundhedsstyrelsen jo kommet med en lang række anbefalinger, som regionerne selvfølgelig skal være i overensstemmelse med. Jeg vil gerne takke for ministerens hurtigt iværksatte redøgørelse om de forskellige regioners tilbud, for, som vi også kan høre, er der forskellighed her, og det synes jeg er rigtig, rigtig fint. Det vigtige er at sikre os, at de er i overensstemmelse med de anbefalinger, som Sundhedsstyrelsen er kommet med.

For mig er det rigtig vigtigt, at vi siger, at det er regionernes ansvar. Så kan vi stå og diskutere jordemødre. Jeg har også haft besøg af jordemødre, det har jeg heldigvis tit. Det er en rigtig dejlig livsberkraftende forening at have besøg af, og jordemødre kan noget helt, helt fantastisk. Alle os, der selv har prøvet at føde, ved, hvor dejligt det er at have en god jordemoder, og vi har jo ikke mangel på jordemødre. Jordemødre kan rigtig mange ting, og jeg håber da også, at man ude i regionerne vil overveje, om jordemødre ikke i virkeligheden måske skulle være dem, der er ude på selve barselsgangen. Så havde man også en ekstra arbejdskraft, man kunne trække på, hvis det var.

Samtidig må jeg sige, at det jo også er rigtig vigtigt, at der er et samarbejde mellem sygehuse, dvs. fødestederne, og kommunerne. Det er jo det, vi kender fra vores sundhedsaftaler, og lige nu er man i gang med at skulle lave anden generation af sundhedsaftalerne. Da jeg sad i byrådet, var jeg faktisk med til at lave første generation af sundhedsaftalerne, og da var man ude i kommunerne lidt usikre på, hvad det var for en opgave, man gik ind til, men der er ingen tvivl om, at det bliver en rigtig, rigtig spændende sundhedsaftale, der skal laves denne gang, for nu er kommunerne og regionerne virkelig klædt på til at diskutere, hvad det er, de skal blive enige om, og hvad det er, de skal lave nogle aftaler om. Jeg mener jeg også, at svangreomsorgen kunne være et af de steder, hvor både kommuner og regioner kan være enige om, at der skal laves en god sundhedsaftale.

Det, jeg synes er rigtig fint i de nye anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, er, at man siger, at der nu skal gøres en langt større indsats for socialt svage fødende. Så har jeg hørt, at man tidligere i debatten har spurgt, hvad det er for nogle, der er de stærke, og hvad det er for nogle, der er de svage. Det tror jeg sådan set ikke at er ingen dem overhovedet er i tvivl om. Er man rigtig, rigtig bange, er man rigtig, rigtig utryk, så er man en svag fødende, så har man brug for ekstra støtte og omsorg. Men der findes jo også masser af stærke fødende,

der findes masser af stærke førstegangsfødende, som bare meget, meget hurtigt vil hjem, og så findes der dem, som har født flere gange, som ikke ser noget problem i det. Og så er der også dem, som har født flere gange, som bare har brug for at være der og være til stede.

Så jeg synes faktisk, at der er givet mulighed for det. Vi skal passe på, at vi ikke tror, det er et system, hvor man slår op på side 1 i bogen, og så skal alt følges slavisk, men at man skal leve op til de rammer, der er. Jeg forventer og har tillid til, at regionerne kan leve op til at skabe gode fødesteder og lægge vægt på, at man nu bruger en større del af sine kræfter på dem, der virkelig har behov for et særligt tilbud.

Så tak for at vi har fået debatten og fået snakket om det, der også er et vigtigt hjørne af hele sundhedsvæsenet.

Kl. 11:06

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Der er et par korte bemærkninger. Først fra fru Julie Skovsby.

Kl. 11:06

Julie Skovsby (S):

Jeg ønsker blot, at fru Vivi Kier bekræfter, at ordføreren sagde, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger *skal* følges. Hørte jeg rigtigt? Sagde ordføreren sådan, altså at anbefalingerne *skal* følges?

Kl. 11:06

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Ordføreren.

Kl. 11:06

Vivi Kier (KF):

Nu har jeg ikke min tale skrevet ned ord for ord, så jeg skal jo ikke stå her og lægge hovedet på blokken på, at det var det, jeg sagde. Jeg mener, at regionerne skal handle i overensstemmelse med de anbefalinger, der skal ligge, men jeg synes, og det var det, jeg prøvede at sige med, at nu skal vi passe på, at vi ikke skal slå op på side 1, og at hver eneste lille ting skal vendes, for at det fungerer rigtigt.

Det er klart, at det skal være i overensstemmelse med de anbefalinger, der ligger. Men vi må altså også give lidt margen og lidt luft til, at man kan gøre det forskelligt, at man tackler det forskelligt, at der skal være plads til den individuelle, konkrete vurdering, og at man ikke absolut skal gøre sådan og sådan og sådan. For mig er det vigtigt, at det er i overensstemmelse med anbefalingerne, men jeg skal ikke sidde og lave en manual, som skal følges fra a til z.

Kl. 11:07

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Fru Julie Skovsby.

Kl. 11:07

Julie Skovsby (S):

Årsagen til, at jeg spørger, er, at jeg kan fornemme, at ordføreren har gjort sig megen umage med ikke at komme til at sige, at anbefalingerne skal følges, men i stedet sige, at tingene skal gøres i overensstemmelse med dem.

Hvorfor er det så, at det er et vigtigt spørgsmål? Jeg ville gerne have haft, at der i det forslag til vedtagelse, som vi alle sammen støtter, havde stået, at anbefalingerne *skal* følges, i stedet for at der står »bl.a. kan sikres«. Det her med, at man måske eller måske ikke kan anvende anbefalingerne, at der måske skal spares på det her område, at der måske eller måske ikke skal flyttes nogle penge rundt, skaber en tvivl, som jeg ikke synes er rimeligt at stille de kvinder, som skal føde, over for. Vi bliver nødt til at sige helt klart, at anbefalingerne skal følges, og at der i Region Syddanmark vil komme en jordemoder på hjemmebesøg, hvis man føder ambulantly.

Så ja eller nej: Mener ordføreren også, at anbefalingerne skal følges?

Kl. 11:08

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Ordføreren.

Kl. 11:08

Vivi Kier (KF):

Nej, jeg må sige, at det er da rigtig, rigtig ærgerligt, at jeg står her og starter debatten med at glæde mig over, at fru Line Barfod kan oplæse et forslag til vedtagelse, hvis tekst vi alle sammen kan være enige om, og jeg nu kan forstå, at Socialdemokraterne faktisk ikke ønsker at være med i forslaget til vedtagelse. Det er rigtig trist, at fru Julie Skovsby har sagt ja til at være med og så faktisk ikke mener det, kan jeg næsten forstå.

Jeg mener, at regionerne skal handle i overensstemmelse med de anbefalinger, men vi må altså lige give lidt luft og lidt rum til, at man også kan vurdere individuelt. Det er klart, at man ikke kan tilsi-desætte anbefalingerne fuldstændig, man skal se på de anbefalinger, og det er det, jeg oplever og hører, at regionerne faktisk bestræber sig på. De bestræber sig på, at man kan gøre en større indsats over for dem, som har et ekstra behov, hvorimod man ikke behøver at bruge så meget energi på dem, som faktisk ikke har det behov.

Jeg har prøvet det her rigtig mange gange for mange år siden, da jeg sad i byrådet og holdt øje med sundhedsplejerskerne. Alle fik fuldstændig det samme tilbud, sådan skulle det være, og så sagde jeg: Skulle vi ikke prøve at splitte det her op og sige, at der faktisk er nogle, der klarer sig fint uden, og at der er nogle, som vi faktisk meget hellere vil have at sundhedsplejersken kommer hyppigere til? Derfor synes jeg, det skal være i overensstemmelse med, og at man ikke skal leve slavisk op til anbefalingerne punkt for punkt.

Kl. 11:09

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Fru Line Barfod for en kort bemærkning.

Kl. 11:09

Line Barfod (EL):

Jeg synes, det er lidt ærgerligt, at fru Vivi Kier ligesom trækker lidt i land her. Læser man anbefalingerne, giver de jo netop mulighed for en individuel vurdering, og vi har netop nogle dygtige jordemødre, som kan lave den individuelle behandling. Det indgår i anbefalingerne. Vi har et klart svar fra ministeren om, at anbefalingerne *skal* følges, så jeg går ud fra, at De Konservative ikke nu er ved at undsige ministeren og sige, at man ikke skal følge anbefalingerne.

Derfor vil jeg gerne høre, om fru Vivi Kier dels kan bekræfte, at man støtter ministerens udgangspunkt om, at anbefalingerne skal følges, dels om De Konservative er enige i, at en af de allervigtigste anbefalinger er, at man skal kunne være tryk ved, at der er en jordemoder til stede under hele den aktive del af fødslen.

Kl. 11:10

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Ordføreren.

Kl. 11:10

Vivi Kier (KF):

Selvfølgelig skal man som fødende kunne være tryk ved, at der er en jordemoder til stede ved den aktive del af fødslen, og jeg har ikke hørt om nogen fødsler, hvor den aktive del var i gang, hvor der ikke var en jordemoder til stede, så det er jeg helt enig i at der skal være.

Så må jeg igen sige, at hvis vi læser vores forslag til vedtagelse, hvor der står i teksten, at det er vigtigt med en god start på livet og alle mulige ting, skriver vi jo, at det bl.a. kan sikres gennem regio-

nernes anvendelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende svangeromsorg. Ja, regionerne skal jo anvende de anbefalinger, tingene skal være i overensstemmelse med anbefalingerne, og nu får vi jo at se, hvor forskelligt regionerne gør det. Det bliver rigtig spændende, for det kan jo være, at der er nogle regioner, som har fundet på noget rigtig godt, som de andre regioner kan lære af. Men det er rigtig vigtigt, at vi sikrer os, at det er i overensstemmelse med de anbefalinger, Sundhedsstyrelsen har udstukket.

Kl. 11:11

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Fru Line Barfod.

Kl. 11:11

Line Barfod (EL):

Det glæder mig meget, at den konservative ordfører bekræfter, at regionerne skal følge anbefalingerne.

Med hensyn til spørgsmålet om, hvorvidt der skal være en jordemoder til stede under hele den aktive del af fødslen, var der jo en undersøgelse i slutningen af 2003, som viste, at det kunne man kun regne med på 13 pct. af fødestederne. Nu må vi jo se, hvad den nye redegørelse, vi får fra ministeren til januar, viser. Men de meldinger, vi får ude fra fødestederne, fra jordemødre og fra fødende og andre, er jo, at man heller ikke i dag kan være sikker på det, at det ikke er blevet bedre siden 2003, og at man ikke kan regne med, at der skal være en jordemoder til stede. Derfor vil jeg bare gerne igen høre, om De Konservative mener, at noget af det allerallervigtigste at sikre er, at man har en jordemoder, når man føder.

Kl. 11:12

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Ordføreren.

Kl. 11:12

Vivi Kier (KF):

Jeg er helt enig i, at det er rigtig, rigtig vigtigt at have en jordemoder, når man er midt i den aktive del af fødslen, og man må sige, at lige nøjagtig fødsler jo kan være utrolig svære at planlægge. Vi ved, at der i dag er rigtig, rigtig mange par, der selv kan planlægge, hvornår de vil være forældre, og vi ved godt, at der er nogle tidspunkter af året, hvor der er meget mere pres på fødestederne end på andre.

Jeg skal jo ikke stå her og sige, at der ikke kan være en enkelt dag, hvor det pludselig vælter ind med gravide, der alle skal føde samme dag og i samme time, så der kan være nogle udfordringer. Men generelt og set over året er jeg helt overbevist om, at man også kan leve op til, at der skal være en jordemoder til stede, og hvis man vil løse den udfordring, der kan være, når der kommer et megapres en enkelt dag i nogle enkelte timer, kunne man jo løse den ved at lave opgaveflytning, således at jordemødrene kunne komme ud og være på barselgangene i stedet for sygeplejersker. De sygeplejersker kunne man så flytte til nogle andre opgaver, hvor der er brug for sygeplejersker, for så var der altid en ekstra hånd, man kunne trække på. Men ja, som fødende er det vigtigt, at man har en jordemoder ved den aktive del af fødslen.

Kl. 11:13

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Tak til ordføreren. Fru Lone Dybkjær som radikal ordfører.

Kl. 11:13

(Ordfører)

Lone Dybkjær (RV):

Jeg synes, det er godt, at vi i dag har et fælles forslag til vedtagelse, sådan at vi kan diskutere det indholdsmæssige, og det synes jeg sådan set er lykkedes, selv om der selvfølgelig er lidt forskellige opfat-

telser af, hvad forslaget til vedtagelse egentlig rummer. Men det er dog sådan nogle konkrete ting vedrørende det indholdsmæssige, vi diskuterer, og ikke bare et eller andet med, at den ene gruppe siger det ene og den anden gruppe det andet.

Men jeg vil godt takke for ministerens tale. Jeg skal altså ikke beklage, at den var rimelig kortfattet. Der kan siges meget lyrik om det her, uden at det i og for sig indeholder så meget om den egentlige lovgivning. Jeg synes frem for alt også, at det er fint, at ministeren har taget et initiativ med hensyn til at indhente oplysninger om de faktiske forhold i jernindustrien. Jeg er ikke klar over, om det var noget, der var i gang i forvejen – jeg har hørt noget om, at man var i gang med nogle fødselsplaner – men det er jo sådan set ligegyldigt; det afgørende er, at vi får nogle informationer, og at vi faktisk får dem ret tidligt, altså at vi allerede får dem her i begyndelsen af januar. Ofte skal vi jo vente langt længere på den slags ting. Det er også det, der gør, at jeg tror, der måske har været noget i gang. Men det er nu ligegyldigt, det er vigtigt, at planerne kommer.

Jeg vil sådan set opfordre ministeren til ret hurtigt at indkalde til et møde, hvor vi kan diskutere, hvad der rent faktisk kommer ud af det. Der vil sikkert også komme samråd, men jeg synes, det ville være rart, hvis vi kunne få en ikkesamrådsbaseret førstegangsbehandling af, hvad der egentlig er kommet ud af det, og hvilke tanker ministeren gør sig. Så det kunne ministeren jo gøre, hvis han havde lyst til at indkalde ordførerne ovre i sit ministerium. Det må han selvfølgelig selv om, men jeg tror bare, det kunne være en god idé, fordi det måske ville give en mere afslappet diskussion. Så kan vi jo altid have nogle åbne samråd om uenighederne, og hvad der nu kan være, på en anden måde, hvis der er ønske om det.

Efter Det Radikale Venstres opfattelse er det de overordnede retningslinjer, vi skal tilrettelægge her i Folketinget. Vi skal ikke gå ind i en detaljstyring af, hvordan tingene skal være. Men jeg deler sådan set forespørgernes opfattelse af, at det er vigtigt, at der er en jordemoder til stede under fødslen; det tror jeg er den trygge situation. Til gengæld er jeg meget mere skeptisk over for, om der skal troppe en jordemoder op i hjemmet 2 dage efter fødslen. Det må afhænge fuldstændig af, hvad det er for personer, der er tale om. Jeg tror, at førstegangsfødende kan have brug for det. Jeg tror, at anden- og tredjeangsfødende godt kan være i en situation, hvor de mere eller mindre vil betakke sig. Men det afhænger i øvrigt af, hvad der er af omsorg over for den, der lige har født.

Så det synes jeg at vi kan diskutere, når vi ser, hvordan planerne kommer til at være, men jeg synes ikke, det nødvendigvis er et krav, at der tropper en jordemoder op. Men det er selvfølgelig meget vigtigt, at den jordemoder, der assisterede ved fødslen og før selve fødslen, har en fornemmelse af den pågældende kvinde: Er det en kvinde, som eventuelt kan rende ind i nogle problemer af amningsmæssig art eller anden art efter fødslen? Så kan der være behov for en opfølgning. Der synes jeg at vi skal udvise meget stor tillid til jordemødrenes vurderingsevne. Så ved jeg godt, at den her forespørgsel helt konkret drejer sig om selve fødslen og tiden lige omkring fødslen og før fødslen. Og derfor er det selvfølgelig også vigtigt, at jordemoderen gør sig klart, om amningen nu kommer i gang.

Men der er en ting, jeg godt kunne tænke mig lige at nævne til slut. Det er, at jeg synes, at vi måske skal være lidt mere opmærksomme på fødselsdepressioner. Det er min opfattelse, at det er lidt et tabuemne, og det kan godt være, at jordemødre kan opfange det under graviditeten og i forbindelse med fødslen. Det er klart, at er der problemer i forbindelse med graviditeten og fødslen, kan man formentlig lettere løbe ind i en depression, end man ellers kan. Men det er også min fornemmelse, at det ikke er noget, man snakker om. Det er ikke at være en rigtig mor at få en fødselsdepression.

Derfor kunne jeg godt tænke mig i forbindelse med de diskussioner, vi kan have, at ministeren også kan være lidt opmærksom på det her og se på, om vi rent faktisk mangler viden på det område. Det

tror jeg at vi gør, men jeg er ikke sikker – netop fordi det er et mere eller mindre tabuiseret område, tror jeg. Men det er sådan det, jeg synes jeg ved, og det vil jeg håbe at man kan tage med ind i forbindelse med vores diskussioner.

Så vil jeg lige spørge til allersidst, om ministeren også – ikke nødvendigvis i dag – kan redegøre for, hvad der egentlig sker i forbindelse med de nye sygehuse og den planlægning i relation hertil, for hvordan ligger, om jeg så må sige, fødestuerne i den sammenhæng? Er de alle sammen væk fra sygehusene, eller hvordan har man tænkt sig at organisere det?

Kl. 11:19

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Der er en kort bemærkning fra fru Julie Skovsby.

Kl. 11:19

Julie Skovsby (S):

Tak. Jeg er meget glad for det, som fru Lone Dybkjær siger om det at få besøg af en jordemoder i de tilfælde, hvor fødslen er ambulat, og 1-2 dage efter at fødslen har fundet sted. Som jeg læser Sundhedsstyrelsens anbefalinger, er der ikke tale om tvang, men om et tilbud, der bliver stillet til rådighed, og som det vil være muligt at tage nej til. Har ordføreren ikke læst det på samme måde?

Kl. 11:19

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Ordføreren.

Kl. 11:19

Lone Dybkjær (RV):

Jamen jeg vil ikke gå ind i en detaljeret diskussion om det. Altså, det, der for mig er afgørende, er, at vi sætter ind over for dem, der virkelig har behov for det, og der er det jeg mener, at kvinder, der har født en gang før, givetvis har mindre behov, medmindre der har været tale om en kompliceret fødsel.

Så jeg synes, det er noget, vi kan diskutere, når vi får resultaterne ind, det er jo netop det, den her arbejdsmetode bliver mulighed for, og jeg er glad for, at vi får den mulighed for at finde ud af, om de der regler er rigtige, eller om de er for overordnede eller for detaljerede. Det synes jeg er svært at gennemskue på nuværende tidspunkt.

Kl. 11:20

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Så siger vi tak til ordføreren. Så er det indenrigs- og sundhedsministeren – som ikke har noget at tilføje. Så er der ikke flere, der har bedt om ordet – jo, det er der.

Det er fru Line Barfod som ordfører for forespørgerne.

Kl. 11:20

(Ordfører for forespørgerne)

Line Barfod (EL):

Jeg havde troet, at ministeren gik op på talerstolen, for det gør ministre som regel efter en forespørgsel, men jeg håber så ligesom fru Lone Dybkjær, at vi, når resultatet af ministerens undersøgelser om, hvordan virkeligheden ser ud ude på fødestederne, foreligger i januar, kan få en drøftelse på det tidspunkt; at vi, når vi så har fakta på bordet og ved, hvordan det ser ud, kan drøfte, hvad det så er, der kan være behov for at gøre for at sikre, at anbefalingerne faktisk bliver fulgt rundt om i landet. Det er klart, at hvis redegørelsen viser, at anbefalingerne bliver fulgt, så er det jo rigtig godt, så kan vi glæde os, men hvis det viser sig, at der er problemer rundt om, bliver vi jo nødt til at få en drøftelse af, hvad vi så gør.

Jeg er med på, at vi har en arbejdsdeling her i landet, hvor det er regionerne, der står for sygehusene, men vi har også jævnlige diskussioner i Folketinget, når der er nogle særlige indsatsområder, som vi

mener der er behov for at vi ser nærmere på – det kan være kræftbehandling, det kan være hjerteoperationer, og det kan være andre områder; psykiatrien bliver også jævnlige drøftet. Jeg mener, der er behov for, at vi også understreger, at vi har stor politisk bevågenhed på, hvordan forholdene er for vores gravide og vores fødende og ikke mindst for de børn, der bliver født.

Jeg synes, den statistik, der kom for nylig fra ministeren, var uhyggelig læsning. Den viser, at antallet af nyfødte, der bliver indlagt inden for 1 måned efter fødslen, fordi de har ernæringsproblemer, er steget fra 505 til 593, så vi altså i dag er oppe på, at det er 1 pct. af alle nyfødte, som bliver genindlagt, fordi de har ernæringsproblemer. At de har ernæringsproblemer, betyder jo, at de ikke får nok at spise, og det vil ofte være, fordi amningen ikke fungerer ordentligt. Det er altså noget, som vi ved hvad vi kan gøre ved, og det er ikke noget, der koster mange millioner at gøre noget ved. Det er et spørgsmål om at sikre, at der er nogle gode forhold for de fødende, og at man også hurtigt efter fødslen får sikret, at amningen kommer i gang – det kan være ved jordemoderbesøg, og det kan være sundhedsplejerskebesøg. Det må man tilrettelægge ud fra den enkelte kvindes individuelle behov, men man skal sikre, at det sker, man skal sikre, at man får fulgt op på det, så der ikke er børn, der ligger og bliver syge af sult, fordi der ikke er en ordentlig opfølgning.

Jeg må sige, at jeg synes, debatten på sin vis har været god, for alle partier har understreget, at anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen er noget, der skal følges. Det er ikke bare nogle vejledninger, man sådan kan forholde sig til, men det er noget, der faktisk skal følges; det er det, som regionerne skal leve op til. Det er jeg rigtig glad for. Jeg er også glad for, at alle har understreget, at noget af det allervigtigste er, at man har en jordemoder til stede under fødslen – det må man altså kunne regne med. Dermed skulle det gerne være sådan i de fødeplaner, der kommer fra regionerne, at vi altså ikke længere oplever, at de planlægger ud fra, at én jordemoder skal kunne passe flere fødsler på en gang, men at vedkommende faktisk skal kunne være til stede hos den enkelte fødende kvinde.

Men der var også nogle ting under debatten, der undrede mig, især fru Liselott Blixts meget, meget alvorlig anklage mod Jordemøderforeningen og jordemødrene om, at de kører en skræmmekampagne. Nu tilhører jordemødrene en af de faggrupper, der ikke sådan normalt går på barrikaderne; det er nogle af dem, der virkelig tager deres fag meget, meget alvorligt og går meget op i at tage sig ordentligt af kvinderne; der skal meget til, før de råber op. De plejede også tidligere at blive i deres fag langt, langt ud over den almindelige pensionsalder. Det var et fag, man var glad for at være i. I dag ser vi jordemødre søge væk fra faget, fordi det simpelt hen er blevet for hårdt at være i. Når de råber op, er der altså god grund til at lytte til dem; så er det, fordi de virkelig er meget alvorligt bekymret over forholdene. Og så synes jeg, vi skal tage dem så alvorligt, at vi faktisk lytter til, hvad de siger, og jeg synes, det er fint, at ministeren nu har sat undersøgelsen i gang, så vi kan få fakta frem og få det belyst med nogle tal osv. For jeg synes, det er dybt bekymrende, hvis det, jordemødrene fortæller os, er korrekt; så er der grund til at råbe vagt i gevær.

Jeg synes også, det er vigtigt at få diskuteret, hvad det er, der gør, at man ude i regionerne vælger at skære ned på fødselsforberedelsen, skære ned på bemandingen på fødestederne, skære ned på efterfødselssamtalerne. Hvad er det, der gør, at det er nogle andre områder, der bliver prioriteret, når vi nu ved, at det, at man skærer ned, ofte kan betyde, at der så kommer flere udgifter senere, enten fordi kvinder skal have kejsersnit i stedet for at føde almindeligt, eller fordi der opstår komplikationer, fødselsdepressioner, eller fordi barnet skal genindlægges? Det koster jo ofte mere. Så hvad er det for nogle mekanismer, også styringsmæssigt, med hensyn til den måde, man ordner det på ude på sygehusene, der gør, at man nedprioriterer det forebyggende arbejde, der ligger i at have en god fødselsforberedelse

og i det hele taget have en god svangreomsorg? Det synes jeg er vigtigt at få diskuteret.

Dengang regeringen og Dansk Folkeparti indførte markedsstyring på sygehusene, startede man jo med at indføre et system, hvor det bedre kunne betale sig for fødestederne, hvis man ikke gav en god fødselsforberedelse og det endte i et kejsersnit, for så udløste det flere penge til fødestederne, end hvis man sørgede for at have en god fødselsforberedelse og kvinder derfor havde en ukompliceret fødsel. Hvis der stadig er noget af den slags, skal vi have gjort noget ved det, og det håber jeg vi kan få set på, når redegørelsen kommer til januar.

Kl. 11:26

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Tak. Sundhedsministeren vil gerne have ordet alligevel. Indenrigs- og sundhedsministeren.

Kl. 11:26

Indenrigs- og sundhedsministeren (Bertel Haarder):

Når jeg ikke bad om ordet, var det, fordi vi jo var rørende enige om det forslag til vedtagelse, som bliver vedtaget på tirsdag. Og jeg fik hvasket til fru Lone Dybkjær, at jeg meget gerne vil indkalde til en uformel drøftelse af både det spørgsmål, hun har rejst, og også det, som fru Line Barfod lige nævnte. Det passer meget fint med, at jeg i forvejen har planer om at indkalde til en drøftelse om forskellige ting, herunder også for tidlige fødsler. Så det gør jeg meget gerne.

Så vil jeg bare til sidst tage fru Liselott Blixt lidt i forsvar. Jeg synes da, det er i orden, at hun nævner, at antallet af fødsler pr. jordemoder er faldet fra 63 til 56 på 10 år. Det skal da lige med i debatten. Det synes jeg hun har ret i.

Kl. 11:27

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Tak til ministeren.

Der er ikke flere, der har bedt om ordet. Så er forhandlingen sluttet.

Som allerede nævnt vil afstemningen om det fremsatte forslag til vedtagelse finde sted tirsdag den 23. november.

Det næste punkt på dagsordenen er:

2) 1. behandling af beslutningsforslag nr. B 1:

Forslag til folketingsbeslutning om oprettelse af diagnosecentre.

Af Sophie Hæstorp Andersen (S) og Jonas Dahl (SF) m.fl.

(Fremsættelse 06.10.2010).

Kl. 11:27

Forhandling

Første næstformand (Mogens Lykketoft):

Forhandlingen er åbnet. Indenrigs- og sundhedsministeren.

Kl. 11:27

Indenrigs- og sundhedsministeren (Bertel Haarder):

Forslagsstillerne og regeringspartierne er fuldstændig enige, når det gælder hensigten med det fremsatte forslag, nemlig at vi skal have hurtigere udredningsforløb og hurtigere diagnose, især i de tilfælde, hvor der er tale om uklare symptomer. Det fremgår af bemærkningerne, at forslaget især drejer sig om at sikre hurtigere diagnostik til patienter med uklare symptomer, der kan tyde på kræft. Jeg kan ikke være mere enig, men beslutningsforslaget er jo altså overhalet af vir-

keligheden, og det er ikke nogen kritik af forslaget. Det er bare en konstatering.

Det er et helt centralt element i den kræftplan III, som netop for en uge siden er blevet en del af finansloven for 2011, at der indføres en diagnostisk pakke til patienter med uklare symptomer på alvorlig sygdom, der kan tyde på kræft. Det betyder, at ikke blot patienterne klare symptomer på kræft kommer ind i hurtige, veltilrettelagte pakkeforløb med fokus på diagnostik og behandling. Også patienter med mere uklare symptomer får en hurtig og specialiseret udredning i et sammenhængende forløb.

Den diagnostiske pakke vil indeholde kliniske retningslinjer for udredning og henvisning af patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom. Det skal hjælpe den praktiserende læge i den indledende udredning af patienten, og det skal fungere som visitationsværktøj til den videre udredning i specialiseret regi. Indholdet og forløbet af den specialiserede udredning vil også blive beskrevet tydeligt i de kliniske retningslinjer, der nu bliver skrevet.

Med den diagnostiske pakke sætter vi samtidig logistikken, altså forløbet, under lup. Det er afgørende at få overført den logik og sammenhæng i patientforløbet, som er kernen i de eksisterende gode pakkeforløb. De relevante undersøgelser, der skal til, skal falde som perler på en stor. Det skal være slut med, at patienter skal løbe frem og tilbage mellem praktiserende læge, sygehusafdelinger og speciallæger. Når først en patient med uklare symptomer på kræft er blevet henvist til specialiseret udredning på et sygehus, skal det pågældende sygehus have ansvaret for at udrede patienten endeligt og stille en diagnose. Ansvarsplacering skal med andre ord være entydig og glasklar gennem hele udredningsforløbet.

Der kan være tale om meget komplicerede udredningsforløb. Pointen er, at lige meget hvor kompliceret det er, skal det ske uden unødigt ventetid for patienten. Vi skal sikre, at de praktiserende læger har ensartet og let adgang til at henvise til specialiseret udredning i hele landet, og de praktiserende læger skal samtidig have ensartet og let adgang til specialistvejledning.

Den diagnostiske pakke, som jeg har beskrevet, får positive ord med på vejen af Lægeforeningen, Praktiserende Lægers Organisation, Kræftens Bekæmpelse og Danske Regioner, også selv om sidstnævnte lige skulle finde melodien internt først.

Heldigvis vil mange af de patienter, der kommer ind i et diagnostisk pakkeforløb, vise sig at have mindre alvorlige lidelser, og i nogle tilfælde vil patienten helt kunne frikendes for sygdom efter et kortere udredningsforløb. På sygehuset i Silkeborg har man set på, hvor mange af patienterne med uklare symptomer på kræft som rent faktisk får en kræftdiagnose. Det drejer sig om cirka en femtedel. De resterende 80 pct. viser sig at have enten mindre alvorlige lidelser, eller også har man kunnet erklære dem raske. Med den diagnostiske pakke prioriterer vi fokus på patienter med uklare symptomer på alvorlig sygdom. Den vil komme rigtig mange patienter til gode, som heldigvis viser sig ikke at have kræft, og som så meget hurtigere skal kunne ånde lettet op.

Kl. 11:32

Vi har indført frit valg til diagnostiske undersøgelser med virkning fra den 1. januar dette år. Det giver også mulighed for kortere udrednings- og behandlingsforløb.

Nu kommer så det, vi nok ikke er enige om. Forslagsstillerne vil pålægge regeringen at fremsætte lovforslag om oprettelse af diagnostiske centre på landets hospitaler. Hvis vi skal til at lave den form for lovgivning her i Folketinget, er det svært at se, hvad regionernes rolle skal være. Jeg mener ikke, at vi skal blande os i, hvordan man vil tilrettelægge sundhedsvæsenet. Jeg mener ikke, at vi detaljeret skal blande os i den fysiske organisering af udredningskapaciteten på det enkelte hospital. Mursten og fysisk organisering bør vi lade være op til sygehusejerne i regionerne. Det afgørende for regeringen er ikke rammerne, men det er indholdet, at vi sikrer hurtig og sam-

menhængende forløb uden unødigt ventetid for patienterne. Her har pakkeforløbene vist sig at være en rigtig vej at gå.

Så er der spørgsmålet om diagnosegaranti, som også er en del af det forslag, vi behandler, og det lyder jo godt. Jeg ved også godt, at Lægeforeningen tidligere har foreslået noget lignende, men jeg vil gerne citere Lægeforeningens næstformand, da ideen var oppe at vende sidste år. Der udtalte han for godt et år siden til Ritzau:

»Som udgangspunkt skal folk være udredt indenfor en måned, ellers også skal der i det mindste være lagt en plan for det videre forløb, for vi må se i øjnene, at det for nogen kan tage længere tid end en måned, og ultimativt er der nogen få, som aldrig får stillet en diagnose.«

Det tyder jo altså på, at det ikke er så let at stille en 100-procentgaranti. Lad os i stedet fokusere på at give patienterne hurtigere sammenhængende udredningsforløb, hvor det kommer som perler på en snor, og hvor det ene ikke skal afvente det andet, og lad os ikke love mere, end vi kan holde.

Når vi med den begrundelse afviser beslutningsforslaget, er det – hvis jeg må resumere – for det første fordi vi adresserer disse udfordringer med kræftplan III, for det andet fordi vi gør det på en mere hensigtsmæssig måde end ved i detaljer at beskrive de fysiske rammer, inden for hvilke det skal foregå. Vi gør det med respekt for den faglige kompleksitet, som emnet indebærer, jævnfør citatet af Lægeforeningens næstformand, og vi gør det med respekt for, at regionerne er der med det ansvar, som de har, og det vigtigste er naturligvis respekten for patienterne.

Så selv om regeringen er enig i intentionerne, synes vi altså, at forslaget er blevet overhalet af virkeligheden. Det kunne forslagsstillerne ikke vide, da de fremsatte forslaget, men det er kendsgerningen nu, og derfor vil regeringen afvise forslaget.

Kl. 11:36

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Der er en enkelt kort bemærkning til ministeren fra fru Sophie Hæstorp Andersen.

Kl. 11:36

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Vi i Socialdemokratiet er jo utrolig glade for, at det, at vi satte et forslag på den politiske dagsorden for over et år siden om, at der skulle være tidlig udredning, også for de mennesker, hvis symptomer ikke er helt klare, nu har været med til at gøre, at man tager et første spadestik i forhold til kræftplan III. Men jeg mener også, og det mener jeg ministeren taler lidt let hen over i dag, at det altså ikke kun er kræftpatienter, der oplever at have diffuse symptomer på deres sygdom. I det forslag, vi behandler i dag, skriver vi, at der kan være flere forskellige alvorlige sygdomme, som har behov for en funktion, som vi kalder diagnostiske centre, regeringen foretrækker at kalde det diagnostiske pakker. Vil ministeren ikke godt sige, hvad regeringen har af planer for, at det ikke kun bliver kræftpatienter? For har man bare den mindste mistanke hos den praktiserende læge om, at patienten lider af kræft, kan man jo allerede i dag henvise til et meget, meget hurtigt udredningsforløb. Så det er jo bestemt ikke nok kun at gøre det her på kræftområdet.

Kl. 11:37

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Ministeren.

Kl. 11:37

Indenrigs- og sundhedsministeren (Bertel Haarder):

Jeg mener, at forslagsstillerne selv nævner kræft, men det siger sig selv, at da det handler om patienter med uklare symptomer, kan det selvfølgelig være, at nogle af dem fejler noget andet. Det er jo lyksaligt, at man i Silkeborg kan konstatere, at 80 pct. faktisk ikke har

kræft, men nogle af de 80 pct. fejler så noget andet. Så jeg synes lidt, at det er en strid om ord – det må jeg sige. Hvis fru Sophie Hæstorp Andersen gerne vil være en af fadderne til forslaget, skal jeg da gerne sige, at hun er det. Men det er jo altså noget flottere at finde penge til det, som regeringen har gjort.

Kl. 11:38

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Fru Sophie Hæstorp Andersen.

Kl. 11:38

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Jeg vil meget gerne stå fadder til forslaget ligesom de mennesker, der har bidraget til at hjælpe os med konkret at få det ned på et stykke papir, når man ikke har et stort embedsapparat i ryggen, som regeringen har. I forhold til finansieringen har jeg konstateret, at regionerne allerede nu er lidt skeptiske over for, om de får de penge, de skal bruge til at lave det, men det kan vi jo følge op på, uanset hvem der er i regering.

Jeg vil godt gøre opmærksom på, at vi i forslagets bemærkninger nævner kræft som et af flere eksempler, men vi nævner altså faktisk også hjertepatienter. Der er masser af andre patientgrupper. Der er f.eks. patienter med ryglidelse eller kroniske smertepatienter, der jo oplever at cykle igennem systemet uden at finde ud af, hvad det er, de fejler, og hele tiden rammer hovedet mod en mur. Der er det jo meget godt, at vi i et ret bredt Folketing var enige om, at efter 1 måneds ventetid til en diagnostisk undersøgelse – det kan være en scanning eller noget – skal man kunne få et frit valg til at gå ud i det private. Men det laver jo ikke om på, at den dag, man kommer tilbage til praktiserende læge og har fået sin scanning, og den ikke gav et resultat, ikke hjalp til, at man fik stillet en diagnose, kan man jo stå på en ny venteliste til en ny undersøgelse med en anden type scanning eller med en anden type ultralydsundersøgelse, eller hvad ved jeg. Det laver det forslag jo ikke om på, og det er derfor, vi siger, at som udgangspunkt skal udredning foregå inden for 1 måned, og så må vi i sundhedsvæsenet finde ud af at tilrettelægge det på en måde, så vi undgår unødigt ventetid for patienterne.

Kl. 11:39

Forhandling

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Ministeren.

Kl. 11:39

Indenrigs- og sundhedsministeren (Bertel Haarder):

Nu tager vi altså fat i det allervigtigste, nemlig uklare symptomer, som kan være tegn på kræft, men som ikke nødvendigvis er det. Der tager vi fat, fordi kræft er livstruende, og så tager vi det derfra. Der kan så også være andre ønsker, ja, naturligvis kan der det, men nu tager vi altså fat fra den rigtige ende.

Kl. 11:40

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Tak. Der er ikke flere, der har bedt om korte bemærkninger til ministeren, så vi går videre til ordførerrækken, og det er fru Birgitte Josefsen som ordfører for Venstre først.

Kl. 11:40

(Ordfører)

Birgitte Josefsen (V):

Jeg vil gerne sige tak til forslagsstillerne for et i bund og grund sympatisk beslutningsforslag, som giver mig anledning til at fortælle om det, der allerede er truffet en beslutning om og iværksat initiativer for.

Da vi indførte kræftpakkerne, var det jo bl.a. med udgangspunkt i, at der skulle en hurtig udredning og en hurtig diagnosticering til, så man hurtigt kunne komme i behandling, for der er jo ikke meget ved at have et sundhedsvæsen, hvor der er ret til hurtig behandling, hvis udredningen tager lang tid. Derfor er det en opgave, som har ligget Venstre meget på sinde, og derfor har vi faktisk fulgt hele processen omkring implementeringen af pakkeforløbene med stor interesse, og vi har kunnet konstatere, at det har hjulpet rigtig, rigtig mange til at komme hurtigt igennem forløbet.

Men vi ved så også godt, at det ikke er alle, der kan komme ind under kræftpakkeforløbene, og derfor stod vi også bag det lovforslag, som blev vedtaget, og som betyder, at den praktiserende læge fra den 1. januar har kunnet henvise til enkeltstående undersøgelser og dermed være med til at afhjælpe, så udredningsforløbet for patienten kan blive afkortet.

Nu har et flertal så her for kort tid siden besluttet en kræftplan III, som netop tager fat i den restgruppe, som ikke kan høre ind under de beskrevne kræftpakkeforløb. Med implementeringen af kræftplan III får vi nogle diagnostiske forløb, som der kan henvises til, når man har uklare symptomer.

Derudover tror jeg, at det er afgørende, at man også kigger på, hvad der sker ude i regionerne i øjeblikket. Som ministeren var inde på, har man allerede i Silkeborg oprettet et center, som man kan henvise patienter til. Jeg kommer selv fra Region Nordjylland, hvor der er truffet beslutning om, at man skal oprette et center eller det, der hedder diagnostiske teams, som den praktiserende læge kan tage kontakt til for rådgivning og vejledning, og som vil være tovholder for patienten, så patienten ikke skal løbe spidsrod mellem praktiserende læge og sygehus.

Jeg håber derfor med udgangspunkt i det, jeg har refereret her, at S og SF vil stemme for den del af finanslovsforslaget, der omhandler kræftplan III, da det jo vil være et fantastisk løft til den patientgruppe, som er indeholdt og beskrevet i beslutningsforslaget.

Jeg vil så også opfordre til at følge udviklingen, hvad angår de processer, der allerede er i gang i regionerne, og de initiativer, der er truffet beslutning om, for det, der er afgørende, er jo, at der bliver en hurtig udredning. Jeg er også enig i det, ministeren siger, for det er jo ikke sådan, at man altid kan sikre, at der bliver en udredning og stillet en diagnose inden for en måned. Jeg har selv prøvet at være nærmeste pårørende til en patient, hvor der gik næsten et år, inden man fik stillet en diagnose, og det var bestemt ikke, fordi patienten var kastebold mellem systemerne, men det var ganske enkelt ikke muligt at få stillet en diagnose, før der var gået næsten et år.

Så det er svært på det her område at sige, at vi skal putte alle patienterne ned i en skabelon, og at de så alle sammen passer i den. Det gør vi jo ikke, for vi er forskellige som mennesker, og hvis vi skal igennem et sygdomsforløb, er de også vidt forskellige. Det tror jeg der er nødt til at være forståelse for, og derfor er der også behov for, at man har nogle muligheder for at få det opbygget og få det organiseret, så man kan gøre det på bedste og korteste vis, for det er afgørende, at patienten får et hurtigt forløb.

Vi kan ikke tilslutte os det her beslutningsforslag, men det kunne jo være, at vi kunne mødes lidt på halvvejen og så skrive os ud af noget af det.

Kl. 11:44

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Fru Sophie Hæstorp Andersen har bedt om en enkelt kort bemærkning til ordføreren.

Kl. 11:45

Sophie Hæstorp Andersen (S):

I forhold til det sidste, ordføreren sagde, nemlig at vi måske kunne mødes og skrive nogle ord om det, vil jeg sige, at den opfordring vil vi selvfølgelig meget gerne tage imod. Det vil vi gerne.

Jeg synes bare, jeg godt igen vil gøre opmærksom på, at man som hjerte patient også godt kan have mange diffuse symptomer. På den seneste konference, som Diabetesforeningen holdt – Diabetestinget – blev der vist et eksempel på en 45-årig mand, som havde henvendt sig flere gange til praktiserende læger med smerter i armen og fået at vide, at det nok var muskelsmerter, til trods for at vi ved, at folk med sukkersyge har forhøjet risiko for at få problemer med hjertet. Der skulle en del henvendelser til, før lægen kunne stille den rigtige diagnose eller i hvert fald henvise til det rigtige sted.

Så jeg håber også, at Venstre vil være med til at se på, at der altså er andre diagnoser end kræft, som er vigtige at prioritere, og at det er vigtigt, at vi sikrer os, at mennesker, som netop af forskellige årsager kan have diffuse symptomer på alvorlige sygdomme, får et sted at henvende sig, hvor det ikke kun handler om, at lægen har en mistanke om, at det er kræft.

Kl. 11:46

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Fru Birgitte Josefsen.

Kl. 11:46

Birgitte Josefsen (V):

Det er jeg ganske enig med spørgeren i, og det er også derfor, det var godt, at vi fik vedtaget lovgivningen, så den praktiserende læge kan henvise til enkeltstående undersøgelser. Det er også derfor, det er rigtig godt, at regionerne tager teten og er i gang med at opbygge enten diagnosecentre eller diagnostiske team, hvor man bl.a. som læge kan få rådgivning og vejledning, og hvortil man så også kan henvise patienten, så der bliver et udredningsforløb. Jeg kan i hvert fald sige, at det er det, man er i gang med at opbygge i min egen region.

Kl. 11:46

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Tak til ordføreren, der er ikke flere korte bemærkninger. Vi går videre i ordførerrækken, og det er fru Liselott Blixt fra Dansk Folkeparti.

Kl. 11:47

(Ordfører)

Liselott Blixt (DF):

Jeg vil da sige, at det er et knippegodt forslag, som er helt i tråd med, hvad vi er i gang med, og som vi har besluttet sammen med regeringen – en del af det i hvert fald.

Når det drejer sig om kræftpatienter, er vi i Dansk Folkeparti sammen med regeringen og Kristendemokraterne blevet enige om at gennemføre en styrket indsats på området med en kræftplan III. Den massive indsats for at forbedre den danske kræftindsats til højeste internationale niveau og det momentum, der eksisterer på området, skal fastholdes og udbygges. Kræftplan III skal særlig føre til hurtig diagnostik ved mistanke om kræft og styrkelse af den tidlige opsporing, bedre efterforløb med et markant løft af rehabiliteringen og den palliative indsats, øget overlevelse for danske kræftpatienter og forbedring af livskvaliteten for patienter både før, under og efter behandlingen. Vi vil netop indføre en diagnostisk pakke for patienter med uspecifikke symptomer på kræft, så deres situation afklares hurtigt som led i et sammenhængende diagnostisk forløb. Kræft skal op-dages i tide.

Her vil jeg så indføje, at det er vigtigt, at dem, der står for en screening, uanset om det er offentligt eller privat, skal leve op til de gængse retningslinjer og ikke, som vi har set det sidste par uger, udføre dårlige screeninger med dårligt udstyr eller som læger ikke henvise patienten videre, for så er det bedøvende lige meget, hvor mange pakker eller centre vi har, for så vil det ikke fungere. Derfor opfordrer jeg her ministeren til at sikre, at de aftaler, som regionen laver med private klinikker og sygehuse, er helt i overensstemmelse med de retningslinjer, som ligger.

Tidlig opsporing vil gøre en stor forskel for patienternes behandlingsmuligheder og overlevelse og dermed for den danske kræftbehandling som helhed. Pakkeforløbene har allerede forbedret udredning af patienter, hvor der findes begrundet mistanke om kræft, men patienter med uspecifikke symptomer på kræft kan imidlertid ikke henvises direkte til et pakkeforløb, og disse patienter kan opleve lange og usammenhængende udredningsforløb. Der er derfor behov for at sikre hurtig, specialiseret udredning af patienter, når den praktiserende læge har mistanke om kræft eller anden alvorlig sygdom, men ikke kan udpege nøjagtig hvilken.

Men det er ikke kun kræftdiagnoser, der skal være hurtigt udredt. Der er mange andre patientgrupper, der har brug for de samme tiltag. Også medicinske patienter skal der fokus på. Derfor lavede Dansk Folkeparti en aftale med regeringen i forbindelse med forrige finanslov om en mere målrettet indsats for medicinske patienter, og det resulterede i, at det frie og det udvidede frie sygehusvalg fremover også omfatter diagnostiske undersøgelser, som patienterne bliver henvist til af en alment praktiserende læge eller speciallæge til brug for lægens diagnostik og behandling. Som et led i en udvidelse og videreudvikling af det udvidede frie sygehusvalg gives patienterne således de samme valgmuligheder, hvad enten de er henvist til en behandling på sygehus, eller de alene er henvist til en diagnostisk undersøgelse, f.eks. en røntgenundersøgelse.

Derfor mener vi ikke, at der er brug for dette forslag, da initiativerne allerede er i fuld gang.

Kl. 11:50

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Tak. Der er ikke bedt om korte bemærkninger til ordføreren, så vi går videre i ordførerrækken til den næste. Det er hr. Karl H. Bornhøft fra SF.

Kl. 11:50

(Ordfører)

Karl H. Bornhøft (SF):

Tak. Jeg vil godt starte med at sige, at hurtig diagnosticering ikke blot er et betryggende tiltag, det er et tiltag, der kan være direkte livsnødvendigt for bl.a. kræftpatienter. Kræft er jo ligesom flere andre sygdomme kendt for at kunne sprede sig hurtigt, og derfor er hurtig indsats nødvendig. Den er også kendt for, at der er dødelige udfald i enkelte af sygdomsforløbene, og derfor er det pinedød nødvendigt, at vi gør alt, hvad vi overhovedet kan, for at få folk undersøgt og diagnosticeret så tidligt som muligt.

Alligevel venter faktisk – og det er jo blevet omtalt – 20 pct. af kræftpatienterne i Danmark mellem et halvt og et helt år på at få stillet en diagnose, også selv om vi ved, at sen diagnostik af kræftpatienter anslås at koste et sted mellem 500 og 1.000 mennesker livet hvert eneste år. Derfor er det bydende nødvendigt at sige, at vi altså har op mod tusinde gode grunde til at sikre en hurtig diagnose for kræftpatienter, men ikke bare for kræftpatienter, der er en lang række andre sygdomsgrupper, der er omfattet af det her forslag.

I dag spilder vi dyrebar tid på, at patienter med uklare symptomer eller komplicerede udredningsforløb bliver kastet rundt mellem forskellige specialister i sundhedssystemet. Det kan da ikke være god behandling. Hvad nytter det, at ventetiden er faldet, hvis vi stadig væk lader patienter med smerter eller ubehag vente i måneder på en diagnose, inden de kan komme videre og få en behandling. Det må vi da kunne gøre bedre.

Vi kan arbejde for at sikre, at patienterne inden for en måned ved, hvad de fejler, og her taler vi naturligvis om dem, der overhovedet kan udredes, det siger sig selv. Vores løsning er så at oprette diagnostiske centre på alle større sygehuse med akutmodtagelse. Jeg undres måske lidt over, at regeringen tidligere har afvist forslaget om at oprette diagnostiske centre, for som det er nævnt her, kan vi jo godt læse, at vi i en vis udstrækning jo rent faktisk er enige. Regeringen har

jo sagt, at der er behov for at sikre en hurtig specialiseret udredning af patienter, når den praktiserende læge har haft mistanke om kræft eller anden alvorlig sygdom, men ikke har kunnet udpege nøjagtig hvilken. Det, der måske skiller os i første omgang, er, at vi ikke bare ser på kræftproblematikken, vi ser på alle sygdomsforløb. Og med diagnostiske centre har de praktiserende læger en mulighed for et sted at henvise patienter til med så uklare symptomer, at det kan være svært at henvise til en specifik afdeling eller undersøgelse.

I de diagnostiske centre vil der være speciallæger, der hver især bidrager med forskellige medicinske specialer. Her kan der faktisk blive mulighed for at samarbejde og i fællesskab – og det er sådan set det vigtigste – hurtigt finde frem til den korrekte diagnose. Vi kan på den her måde samle speciallægerne, så patienten kun behøver at komme et sted og på det diagnostiske center få en kontaktperson, så hele forløbet kommer til at opleves både trygt og sammenhængende, så patienten ikke igen og igen skal begynde forfra i systemet, i hvert fald i egen oplevelse.

Derfor vil jeg heller ikke lægge skjul på, at det her er et meget bredere forslag, hvormed vi også kan være bekendt at sige, at vi i virkeligheden prøver på at genskabe noget af det, vi har mistet, for det, vi har mistet gennem en længere tid, er i høj grad bredt uddannede læger, der ved meget om forskellige ting, og der må vi sige, at der er ekstremt gode ting med den udvikling, der har været omkring specialiseringen, men der har altså også været et minus. Så på den her måde kunne man faktisk genskabe den bredt uddannede læge – bare i lidt flere personers form.

Med det her fælles forslag fra S og SF sikrer vi jo faktisk, at patienten kan møde et samlet hold af specialister inden for en måned, som kan finde ud af, hvad patienten fejler. Med vores forslag risikerer man ikke at kunne komme til at gå op til et år med en livstruende sygdom uden at få vished eller den rette behandling, men der er heller ingen grund til at sige, at vi ikke kan finde et fælles fodslag omkring den her udvikling, og der er heller ingen grund til at lægge skjul på, at vi gerne bidrager til en udvikling, hvor vi finder en fælles forståelse, der kan hjælpe flere end det, der i øjeblikket er tilsigtet med regeringens forslag.

Kl. 11:56

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Der er en kort bemærkning til ordføreren fra fru Birgitte Josefsen.

Kl. 11:56

Birgitte Josefsen (V):

Tak for det. Jeg vil gerne høre, om SF's ordfører kan bakke op om finansloven og finanslovaftalen, når vi kommer til afstemningen. Den betyder jo netop, at der bliver iværksat oprettelse af diagnostiske forløb, centre, team, eller hvad det nu måtte komme til at hedde, for det skal forhandles med regionerne, som jo i den grad kommer til at sætte fokus på de patienter, som har nogle uklare symptomer. Det betyder også, som det tidligere er blevet nævnt her i salen, at man så får afdækket, om det er et kræftforløb, eller om det er en anden form for sygdom, der skal tages hånd om.

Kl. 11:56

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Hr. Karl H. Bornhøft.

Kl. 11:57

Karl H. Bornhøft (SF):

Det er jo ikke, fordi jeg kan afsløre noget særligt ved at gøre opmærksom på, at vi jo har tænkt os at stemme for den samlede finanslov. Det betyder jo altså også, at vi har en meget stor grad af forståelse for, at også de positive elementer, der kan være, skal videre og udføres, selv om vi synes, at nogle af dem bør være bedre. Og derfor er vi ikke ultimative i forhold til den udvikling, der skal foregå. Den

behøver ikke altid at foregå fuldstændig i det tempo, som vi kunne ønske os. Men det, der er det vigtige, er, at vi går i den rigtige retning, og der, hvor man går i den rigtige retning i forhold til hurtig udredning af patienterne, kan jeg sige, at man roligt kan regne med SF.

Kl. 11:57

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Der er ikke flere korte bemærkninger, så vi siger tak til ordføreren og går videre i ordførerrækken til fru Vivi Kier fra Det Konservative Folkeparti.

Kl. 11:58

(Ordfører)

Vivi Kier (KF):

Fra konservativ side er vi helt enige i, at vi skal have fokus på udredning og diagnose som en naturlig forløber for den egentlige behandling. Derfor er det jo også glædeligt, som andre har været inde på før mig, at regeringen er i arbejdstøjet. Den 1. januar i år indførte vi det udvidede frie valg til diagnostiske undersøgelser, en diagnostisk pakke, hvor man får mulighed for at kunne gå et andet sted hen, hvis man står og venter alt for længe. Der har været snakket rigtig meget om kræftplan III, som netop har fokus på den tidlige diagnose for kræftpatienter. Og i kræftplan III kommer vi også med en helt ny screening for tyk- og endetarmskræft.

Jeg mener ikke som i forslaget her, at man skal opbygge særlige diagnosecentre. Jeg synes faktisk, det vigtigste blot – og det siger jeg i gåseøjne – er at få de forskellige verdener til at arbejde sammen. Det kan være i team eller alle mulige andre steder.

Jeg må sige, at vi nu lægger rigtig meget vægt på kræft i kræftplan III, det siger sig selv. Det gælder om en tidlig diagnose, for vi ved, at jo tidligere en alvorlig sygdom kan konstateres, jo langt større chance har man også for at overleve. Men jeg er helt enig i, at uanset hvad man måtte have af symptomer, er det rigtig vigtigt for den enkelte at få stillet en diagnose, også selv om det ikke drejer sig om alvorlige sygdomme som kræft og lignende. Derfor glæder det mig rigtig meget, at der faktisk sker en udvikling. Regionerne er i fuld gang.

Vi har hørt om eksemplet i Silkeborg, hvor man bare kan komme hen, og hvor der er sådan et team, som den praktiserende læge kan henvise til. Men jeg kan jo også nævne, at jeg da er blevet meget imponeret af, at man på Odense Universitetshospital har siddet og kigget lidt på alt det her med mennesker, der skal have lavet en eller anden form for undersøgelse, en røntgenundersøgelse, eller hvad det måtte være. I gamle dage sendte den praktiserende læge et brev ud til sygehuset, hvor der stod, at min patient lige skal have lavet et billede af det eller det. Så sad sygehuset først og rodede rundt i papirerne, og så sendte de et brev og skrev: Så Vivi, du kan få en tid om 14 dage kl. 10.00. Nå! Lige den der tid, om 14 dage kl. 10.00, passede jo ikke lige Vivi, så hun ringede derud, og det ved vi jo godt er besværligt: Kan jeg få en anden tid?

Så prøvede man noget helt fantastisk, nemlig at sige: Vi lader være med at sende alle de her breve og tider. Alle patienter kan bare møde op mellem kl. 9.00 og kl. 13.00 hver dag. De var lidt bange derude på Odense Universitetshospital, men ved I hvad: Der er ingen patienter, der sidder i kø. Patienterne kommer til, og dagen efter har lægen svaret: Hvad var det der skete?

Så det kan altså godt lade sig gøre. Det er ikke altid os, der har lagt en hel masse barrierer ned over de her sygehuse. Det er faktisk lidt rart at se, at de tænker kreativt, og at de tænker nye tanker. Så jeg tror på, at der er rigtig mange muligheder, også for kræftpatienterne med hele kræftplan III.

Jeg må sige, ligesom fru Birgitte Josefsen sagde før, at jeg afviser forslaget, men jeg er også meget åben over for, at vi kunne sidde og lave en beretning om det her, og måske kunne vi tage nogle af alle

de der gode initiativer med ind, som vi kan se foregår, og så lade de andre sygehuse og regioner blive inspireret.

Kl. 12:01

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Der er en enkelt kort bemærkning til ordføreren fra Sophie Hæstorp Andersen.

Kl. 12:01

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Det er bare en kommentar til, at man nu fra regeringens side, altså også fra De Konservatives side, taler om, at det, Socialdemokratiet ønsker, er nogle centre, og at det, man ønsker fra De Konservatives side, er nogle pakkeforløb eller nogle udredningsforløb eller lignende. Der vil jeg bare gøre opmærksom på, at i Silkeborg, som jo er et af de steder, mange fremhæver som eksempel på, at man arbejder med diagnostikken, er det jo et diagnostisk center, man har oprettet. Man ser også på det lige nu i Odense, og det interessante er jo, at man samstemmende siger, at det giver nogle bedre effektive forløb, sikrer en hurtigere udredning, der betyder, at patienten hurtigere kan komme til behandling, men det er jo også med til at spare penge, siger flere, at man kan gøre det mere effektivt.

Så lad os nu ikke været så forhåbende her og bange for, at der måske skal bruges nogle kroner og øre på at starte nogle egentlige centre op, hvis det omvendt kan betyde, at patienten ikke skal løbe spidsrod fra den ene del af hospitalet i den ene ende til den anden del. Det er jo nogle meget, meget store hospitaler, vi er ved at opbygge i Danmark, og lad nu også specialisterne komme til patienterne og ikke kun patienterne løbe spidsrod mellem alle afdelingerne. Det synes jeg at vi hører om lidt for ofte.

Kl. 12:02

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Fru Vivi Kier.

Kl. 12:02

Vivi Kier (KF):

Jamen jeg er fuldstændig enig: Det er ikke patienten, der skal løbe spidsrod, det er lægen, der skal løbe spidsrod hen til patienten. Og som der bliver sagt, er der faktisk nogle sygehuse, nogle regioner, som er i fuld gang med det her, og de kan spare penge ved det. Så hvad er det, de venter på? De skal bare komme i gang, trække i arbejdstøjet og gøre alle de her ting. Der er ikke nogen lovgivning herindefra, der forbyder dem at tænke kreative tanker og gøre det meget nemmere at være patient i det her land.

Kl. 12:03

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Der er ikke flere korte bemærkninger, og det ser ud til, at vi skal videre i ordførerrækken.

Der mangler nu to ordførere, men da der ikke er flere ordførere til stede i salen, så er – jeg tror, hr. Per Clausen alligevel skal have lov til at få ordet som ordfører, nu hvor han kommer løbende ind i salen. Så den næste i ordførerrækken er hr. Per Clausen fra Enhedslisten.

Kl. 12:03

(Ordfører)

Per Clausen (EL):

Jeg skal beklage det, jeg troede, der også var en radikal ordfører, men sådan kan det gå. Man skal ikke planlægge ud fra, at man tror, folk er her, man skal planlægge ud fra realiteterne, og det vil jeg så lære at gøre.

Det her beslutningsforslag har jo afsløret sådan to, synes jeg, spændende diskussioner. Den ene er det, jeg vil kalde paralleltænk-

ning mellem oppositionen og regeringen, og det er i den her sag et rigtig godt eksempel på paralleltænkning. Vi har jo i den seneste uge oplevet et meget uheldigt eksempel på paralleltænkning mellem regeringen og de store oppositionspartier, men det her er jo rigtig godt.

Når der er tale om paralleltænkning, er det, fordi vi jo godt ved, at det aldrig påvirker regeringen, at oppositionen fremsætter forslag, stiller spørgsmål eller kalder ministeren i samråd. De gange, hvor et beslutningsforslag så delvis overhales af, at regeringen har lavet en lidt dårligere løsning kort tid inden, skyldes det jo udelukkende tanker udtænkt i ministeriet, blandt embedsmændene og ministeren, eller måske et hårdt pres udøvet af Dansk Folkeparti. Sådan er det altid, og det skal man bare vide. Og så skal man være glad de gange, hvor man har været i stand til at formulere et beslutningsforslag, der næsten rammer det, som regeringen allerede af sig selv havde fundet ud af skulle gennemføres. Det synes jeg er vigtigt.

En anden ikke uvigtig præmis i diskussionen i dag er jo indenrigs- og sundhedsministerens altid ihærdige forsvar for regionernes ret til selv at bestemme. Man kan jo næsten ikke fremsætte noget forslag eller stille noget spørgsmål på sundhedsområdet uden at få et foredrag om, at nu er man i færd med at foreslå, at regionerne skal nedlægges. Og da vi jo godt ved, at det ikke er oppositionens ønske, er det selvfølgelig en grim anklage at få på nakken.

Man kan selvfølgelig godt sige, at regeringen og flertallet i Folketinget i forvejen har fuldstændig styr på regionernes økonomi og også går ind og blander sig meget håndfast i, hvordan pengene skal bruges, både når det er sygehusinvesteringer, og når det handler om, at de skal leve op til forskellige handlingsplaner. Desværre må man sige, at hvis nogen er så uheldig at lide af en sygdom, som ikke kan behandles på et privathospital og heller ikke er omfattet af en af regeringens nationale handlingsplaner, at så er vedkommende jo ilde stedt.

Men der er nu meget godt styr på det fra regeringens side, vil jeg sige, og når det kom til stykket, mente ministeren jo også, at når det er ham og flertallet i Folketinget, der går ind og beskriver, hvordan man skal gøre noget ved det her med diagnoserne, er det jo godt og fornuftigt og ikke noget indgreb i regionernes eksistens og selvstændighed, og det synes jeg da er dejligt at det ikke er.

Det tredje, jeg vil sige, er, at jeg synes, at det, der er problemet, eller mangelen, kan man sige, i det, regeringen indtil nu har lavet, er, at der er den der meget ensidige fokus på kræftsygdomme. Det er jo ikke, fordi det ikke er rigtigt og vigtigt og fornuftigt at gøre en ekstraordinær indsats for at løse de problemer, som mennesker, der får sygdommen kræft, lider under. Det er helt indlysende, at det er vigtigt, fornuftigt og rigtigt, men der er også andre sygdomme, mennesker, som lider af op til flere sygdomme, og hvor det at få diagnosen på plads er af afgørende betydning – i nogle tilfælde for at sikre, at man overlever, og i andre tilfælde bare for at sikre, at man får en nogenlunde ordentlig livskvalitet i sit videre liv. Og der synes jeg i hvert fald, at vi har noget tilbage, som vi ikke har nået endnu.

Ellers kan man jo sige, at det er rigtig godt. I 10 år har vi, hver eneste gang vi har spurgt ind til, hvordan det går med sundhedsvæsenet i Danmark, fået at vide, at det går rigtig godt, fordi vi har behandlingsgarantien og ventelisterne er reduceret. I perioder har de selvfølgelig ikke være reduceret, men så har man sagt det alligevel, og nu er vi tilbage ved situationen i 2006, og den var jo bedre end i 2001, så det går rigtig godt. Men pointen er bare den, at under den snak om, hvor hurtigt folk blev behandlet, når diagnosen var stillet, har der været den helt klare realitet, at masser af mennesker har oplevet, at det at få stillet den rigtige diagnose var uendelig kompliceret.

Det forslag, som Socialdemokratiet og SF har fremsat her, indeholder efter min mening en række gode og fornuftige ideer til, hvordan man kan håndtere det. Jeg er sådan set ikke uenig, hvis der er nogen, der siger, at et sådant forslag ville have godt af, at man, inden

man endegyldigt vedtog det, var i en dialog med regionerne og de offentlige sygehuse om, hvordan det kunne håndteres – det synes jeg kunne være fornuftigt og rigtigt. Jeg opfatter også, at det vil ske efter næste valg at der ikke vil blive mindre dialog mellem regionerne og den kommende indenrigs- og sundhedsminister, end der har været med den række af personer, vi har haft på den post de sidste 10 år.

Men det ændrer ikke noget ved, at der grundlæggende er tale om et fornuftigt forslag, et rigtigt forslag, som også er udtryk for, at der i den sammenhængende politiske plan, som Socialdemokraterne og SF har fremlagt, er konkrete forslag til at forbedre sundhedssektoren, som der er brug for, og som vi ser til frem til at gennemføre med det flertal, der måtte komme efter næste valg.

Kl. 12:08

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Tak til ordføreren. Så går vi videre til ordføreren for forslagsstillerne, fru Sophie Hæstorp Andersen.

Kl. 12:08

(Ordfører for forslagstillerne)

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Socialdemokratiet og SF har fremsat et forslag sidste år, der hedder »Fair Forandring«. Heri forpligter vi os til at reformere, investere i og forbedre kvaliteten i det danske sygehusvæsen for at opnå tre ambitiøse mål: Danskernes middellevetid skal op på niveau med de øvrige nordiske lande, markant færre skal dø af kræft og andre livstruende sygdomme, og de medicinske patienter skal behandles effektivt og værdigt.

Et af de elementer, der er kommet ud af det udspil, er også, at vi i S og SF ønsker, at der sker en udredning så hurtigt som overhovedet muligt. Vi mener, at det politiske fokus indtil videre i al for høj grad har været på ventetiden til behandling, dvs. fra det tidspunkt, hvor patienten har fået at vide, hvad der er galt, til hospitalet tilbyder patienten en operation eller en anden behandling. Det er galt, fordi ventetiden til de forundersøgelser, som skal give svar på, hvad patienterne fejler, fortsat kan være flere måneder lang. Så selv om man får hurtig behandling, kan man altså sagtens have haft et langt behandlingsforløb, fordi man har ventet og ventet på den ene undersøgelse efter den anden, inden nogen fandt ud af, hvilken behandling det egentlig var at man skulle have.

Derfor har Socialdemokratiet og SF sammen fremsat forslaget om, at det fremover skal være reglen, at patienter får en udredning inden for maksimalt 1 måned – og selvfølgelig inden for kortere tid ved mistanke om alvorlige sygdomme og ingen ventetid ved mistanke om livstruende sygdomme. For at udrede patienterne inden for 1 måned skal praktiserende læger og andre henvisende læger have mulighed for at henvise direkte til undersøgelser på sygehusene. I dag kræver sygehusene i mange tilfælde, at de selv skal se patienten først og selv henvise videre til undersøgelser.

Men i nogle tilfælde kan det være vanskeligt for den praktiserende læge at sende patienterne til de rigtige undersøgelser, fordi symptomerne er for uklare. Vi har talt meget om kræft i dag, og det er også, fordi det er et af de steder, hvor det er undersøgt aller mest hvordan det foregår, men vi ved i dag, at kun 49 pct. af alle kræftpatienter havde klare alarmsymptomer, da de kom hen til deres praktiserende læger, altså hvor de f.eks. vidste, at de var bekymrede, fordi de havde en knude, blod i urinen eller en alvorlig hoste. Det er rigtig, rigtig mange mennesker, for hvem der ikke er nogen umiddelbar mistanke, andet end at de måske oplever træthed.

Problemet betyder i værste fald, at patienter med uklare symptomer kommer til at cykle rundt i sundhedsvæsenet i lang tid, inden nogen finder ud af, hvad de fejler. For patienter med livstruende sygdomme eller sygdomme, der udvikler sig drastisk i løbet af kort tid, kan det være afgørende for resultatet af den efterfølgende behandling, at diagnosen stilles hurtigere. Det er også derfor, vi har foreslå-

et, at man laver de her diagnostiske centre på alle større sygehuse, hvor man i forvejen har akutmodtagelse og derfor jo i forvejen ligger inde med de mange specialer, der skal til for at udrede.

Systemet med at have diagnostiske centre kender man jo på sin vis allerede i dag. På f.eks. de akutte medicinske afdelinger på danske hospitaler er det typisk sådan, at speciallæger fra forskellige områder, med forskellige medicinske specialer, typisk indgår i en turnusordning af et halvt års varighed, hvor man er med til at prøve at finde ud af, hvad der i forbindelse med de mennesker, der bliver indlagt akut, skal til for, at vi finder ud af at give dem den mest optimale behandling, og hvilken afdeling vi skal sende dem ud til efterfølgende. Fordelen er, at man hurtigere får et overblik over patientens samlede tilstand og bagefter kan følge op med de ting, der skal til, når man er lidt klogere på, hvad vedkommende fejler.

I Socialdemokratiet er vi glade for, at flere af Folketingets partier i dag har taget positivt imod vores forslag. Jeg synes dog, at der har været lidt en overvægt, der har sagt, at vi nu med kræftplan III har løst alle problemer. Det mener vi ikke at man har. Vi mener, at der er mange andre patienter end kræftpatienter, der netop kan have uklare symptomer på alvorlig sygdom. Ministeren siger: Vi starter med kræft, fordi det er livstruende, og derfor skal det lige være her, vi sætter ind.

Jeg tror, at vi skal være meget opmærksomme på, at det f.eks. for kroniske smertepatienter er invaliderende at gå rundt med de her smerter, uden at man har fået en diagnose. Det er invaliderende på den måde, at det gør, at folk går fra hus og hjem. De ryger ud af sygedagpengesystemet allerede efter de 52 uger, og efter at der er gået 1 år, ender nogle af dem måske i ingenting, hvor de hverken kan få kontanthjælp eller forlænget deres sygedagpenge, for der er ingen diagnose, og vi ved ikke, hvad der vil ske med dem. Ofte ender det med, at de får det dårligt økonomisk. Nogle bliver skilt, eller måske mister man sine venner, fordi man ikke længere kan overskue det på grund af smerter, træthed. Det er hårdt for børnene, og det er rigtig, rigtig dyrt samfundsøkonomisk, at vi ikke sætter ind på det her område.

Der er faktisk allerede i dag mulighed for at henvise til en hurtig udredning på hospitalerne, hvis man har en mistanke om kræft. Så derfor vil vi selvfølgelig i det her udvalgsarbejde også gå lidt tættere på regeringen og spørge: Hvad er det, der bliver anderledes med den her nye kræftplan III i forhold til at kunne henvise de her diagnostiske pakker, man nu taler om? For, som jeg siger, er der i dag rigtig mange, der går til lægen med måske ikke mange andre symptomer, end at de pludselig er blevet meget, meget trætte. Det er jo ikke noget, der hos en praktiserende læge nødvendigvis får en alarmklokke til at ringe om, at det kunne være kræft. Det kunne jo også være andre ting: Det kunne være en hjertesygdom, det kunne være smerter, det kunne være noget helt tredje, og det kunne også være psykisk.

Venstre sagde også, at forslaget var meget sympatisk, henviste til kræftplan III og sagde, at regionerne er ved at tage teten, og opfordrede så til, at vi lavede en eller anden form for beretning; det var sådan, jeg hørte det. Det vil vi meget gerne tage til os.

De Radikale kunne desværre ikke være her, og jeg kan forstå, at ordføreren ikke fik fortalt Tinget, at det ikke kunne lade sig gøre, men har meddelt, at man også er meget sympatisk indstillet over for forslaget, men netop ønsker et grundigt udvalgsarbejde for at få af-dækket: Hvori består forskellen fra det forslag, vi har til debat i dag, og det, som regeringen har taget med i sin kræftplan III?

Så med de ord vil jeg sige tak for den positive behandling af forslaget her i dag. Jeg håber, at vi kan komme videre med også at sikre, at der sker en hurtigere udredning for de mange patienter, som ikke nødvendigvis har symptomer på kræft, men lige så godt kunne have symptomer på alle mulige andre alvorlige sygdomme, og hvor praktiserende læger i dag mangler et system til at sikre, at de ikke cykler rundt i vores danske sundhedsvæsen. Det skylder vi patienter-

ne, men det skylder vi i høj grad også os selv, fordi man jo groft sagt aldrig ved, hvad det er for en fremtid, man selv går i møde. Tak for ordet.

Kl. 12:15

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Da der ikke er flere, der har bedt om ordet, er forhandlingen sluttet.

Jeg foreslår, at forslaget til folketingsbeslutning henvises til Sundhedsudvalget. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg dette som vedtaget.

Det er vedtaget.

Det sidste punkt på dagsordenen er:

3) 1. behandling af beslutningsforslag nr. B 4: Forslag til folketingsbeslutning om indgreb over for lægers interessekonflikter.

Af Per Clausen (EL) m.fl.
(Fremsættelse 14.10.2010).

Kl. 12:16

Forhandling

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Forhandlingen er åbnet. Indenrigs- og sundhedsministeren.

Kl. 12:16

Indenrigs- og sundhedsministeren (Bertel Haarder):

Efter forslaget skal regeringen pålægges at ændre lovgivning og andre regler om lægers interessekonflikter. Forslagsstillerne ønsker, at der indføres samme forbud mod interessekonflikter for læger, som der i dag gælder for advokater og revisorer. Som begrundelse for en strammere regulering fremhæves det, at forslagens gennemførelse vil være i overensstemmelse med det grundlæggende princip i dansk sundhedsvæsen, nemlig at læger ikke må have økonomisk interesse i eller forbindelser til virksomheder, der handler med lægemidler.

I bemærkningerne gives også en række eksempler på tilfælde, hvor fagligt samarbejde med industrien tilsyneladende har påvirket læger. Her nævnes påvirkningen i forbindelse med lægemiddelforskning, ved valg af lægemiddelbehandling og ved brug af medicinsk udstyr. Desuden henvises til presseomtale af det problem, at læger gerne må have aktier i lægemiddelvirksomheder, hvis produkter de ordinerer.

Hvis forslaget gennemføres, vil det betyde, at læger i klinisk arbejde ikke må have tilknytning til lægemiddelindustrien. Jeg kan oplyse, at for advokater gælder som god advokatskik, at de ved bistand til klienter skal bevare fuldstændig uafhængighed, så de ikke påvirkes af egne eller tredjemands uvedkommende interesser. For revisorer gælder tilsvarende krav. En revisor, der udfører revisionsopgaver, skal være uafhængig af den virksomhed, som opgaven vedrører. Der er ikke som for læger en forudgående myndighedskontrol af advokaters og revisorers uafhængighed, men klager over de to faggrupper, altså advokater og revisorer, kan indbringes for henholdsvis Advokatnævnet og Revisornævnet.

Regeringen kan godt forstå intentionerne med det forslag, vi behandler. Vi er også enige i, at læger ikke må påvirkes af industriinteresser i deres virksomhed som sundhedspersoner, men helt at udelukke læger og industri fra at have kontakt med hinanden tror jeg vil være til skade og ikke til gavn for patienterne. Den kontakt er jo en nødvendig del af udviklingen og brugen af lægemidler. Det samme

gælder i forhold til en stor del af det medicinske udstyr, som anvendes i stadig større omfang. Med samarbejdet får industrien ekspertise fra den kliniske virkelighed, og lægerne får indsigt i industriens forskning og viden om produkternes sammensætning og virkemåde. Derfor kan regeringen ikke tilslutte sig beslutningsforslag B 4.

Samtidig er vi selvfølgelig enige i, at der ikke må være interessekonflikter mellem industri og sundhedsvæsen. Det prøver vi løbende at forebygge, og den eksisterende lovgivning og praksis har da også det hovedformål at sikre lægers uvildighed i patientbehandlingen. Men det er jo ikke det samme som at sige, at reguleringen ikke kan blive endnu bedre.

Regeringen er parat til et eftersyn af regler og nuværende praksis. Det gælder først og fremmest i forhold til lægers samarbejde med industrien for medicinsk udstyr, som der ikke er regler for i dag. Det fremsatte forslag kan måske være en god anledning til at undersøge og drøfte dette.

Til brug for vores drøftelse i dag vil jeg kort redegøre for de gældende regler og administrationen af dem. Jeg vil nævne de seneste justeringer, som der er taget initiativ til. Derefter vil jeg fremlægge forslag til nye felter, som der aktuelt kunne være behov for at justere.

Udgangspunktet kan der ikke være tvivl om. Der skal fortsat være mulighed for samarbejde mellem læger og industri, men kun på visse betingelser og efter vurdering og tilladelse fra Lægemedelstyrelsen. Det synspunkt er ikke nyt. Det lå til grund, da der i 1932 blev indført krav i apotekerloven om, at læger og tandlæger ikke må drive eller være tilknyttet en lægemiddelvirksomhed uden Lægemedelstyrelsens tilladelse. Kravet, der også omfatter apotekere, har været gældende lige siden 1932.

De nærmere betingelser for lægernes tilknytning er i dag fastsat i en bekendtgørelse om reklame for lægemidler med tilhørende vejledning. Pligten til at søge om tilladelse gælder for hver enkelt tilknytning, undtaget er kun en ubetydelig eller en ulønnet tilknytning.

Kl. 12:21

Der er to slags tilknytning, som læger med patientkontakt skal søge om tilladelse til. Den ene er lægefagligt arbejde for en virksomhed, som bl.a. rådgivning, undervisning og forskning. Her gælder det, at betalingen fra virksomheden skal være på rimeligt niveau i forhold til den faglige ydelse. Man må gerne være tilknyttet flere virksomheder. Det mindsker jo netop risikoen for særlig favorisering af et enkelt firma.

Den anden slags tilknytning er særlig personlig og tæt tilknytning. Det er især tillidsposter i virksomhedens bestyrelse og tilknytning i form af anpartar eller aktier, der tænkes på. Ved administrationen af ansøgninger følger Lægemedelstyrelsen en restriktiv praksis. Styrelsen foretager altid en konkret vurdering af, om en tilknytning er forenelig med lægers praktiske arbejde. Hvis pligten til at ansøge ikke overholdes, kan der i gentagelsestilfælde iværksættes politianmeldelse med mulighed for bødestraf. For at sikre, at lægerne overholder deres ansøgningspligt, er der i de senere år gennemført flere forskellige tiltag. Lægemedelstyrelsen, Sundhedsstyrelsen og Lægeforeningen har hver for sig og i fællesskab oplyst lægerne om kravet.

Ved en ændring af lægemiddeloven i 2008 blev der indført en meddelelsespligt for lægemiddelvirksomheder. De skal en gang årligt give besked til Lægemedelstyrelsen om alle læger i klinisk arbejde, som de har tilknyttet. Denne nye kontrolmulighed har vist sig nødvendig. Da styrelsen modtog den første samlede indberetning for 2009, blev den bekendt med omkring 650 læger, som ikke havde søgt om tilladelse forud for en tilknytning. Det er der nu rettet op på.

Desuden har jeg for nylig besluttet at præcisere, at ansøgningspligten også omfatter læger med væsentlig indflydelse på, hvad andre læger ordinerer. Det vil især have betydning for ledende overlæger på sygehusafdelinger, som ikke selv ordinerer medicin til de indlagte.

Det er min forventning, at alle disse tiltag betyder, at der fremover ikke vil være nogen læger, som ikke kender ansøgningskravet i apotekerloven, inden de tilknyttes lægemiddelvirksomheder. Alle meddelte tilladelser bliver offentliggjort på Lægemedelstyrelsens hjemmeside, der opdateres to gange om året. På en liste oplyses, hvilken virksomhed den enkelte læge er tilknyttet, tilknytningens art, og til hvilken dato tilladelsen gælder.

Den konkrete betaling fra lægemiddelvirksomhed til læge eller den konkrete personlige aktiepost er oplyst til og vurderet af Lægemedelstyrelsen. Jeg kan ikke se, at det er nødvendigt, at offentligheden får adgang til sådanne oplysninger om private økonomiske forhold. Sådanne regler og administration i hovedtræk i dag. Og hvad er der så måske behov for at ændre?

Regeringen finder det ikke rimeligt, at der i dag ikke er fastsat krav til lægers tilknytning til hele medicindustrien. Valg af høreapparater, testudstyr og andet medicinsk udstyr skal selvfølgelig foregå lige så objektivt og upåvirket af industriinteresser som valget af lægemidler. Derfor vil jeg snarest nedsætte en arbejdsgruppe med relevante repræsentanter på området til at komme med et forslag til fremtidig regulering af samarbejdet mellem læger og medicindustrien. Jeg vil bede om, at arbejdet afsluttes snarest muligt og inden 1. juli næste år.

Regeringen er også åben over for justeringer på lægemiddelområdet. Til en begyndelse vil jeg finde det relevant, at der indføres en vejledende beløbsgrænse for lægers og også tandlægers og apotekeres besiddelse af anpartar og aktier og lignende i medicinalvirksomheder. Jeg overvejede muligheden for at indføre en vejledende maksimumsgrænse for besiddelser i en enkelt virksomhed på f.eks. 100.000 kr. Forudsat at sundhedspersonen overholder ansøgningspligten, vil styrelsens vurdering være med til at sikre, at aktiebesiddelsen ikke påvirker personens uvildighed. Jeg hører gerne argumenter for og imod en sådan ordning. Jeg har på ingen måde, regeringen har på ingen måde taget stilling.

Et tredje område, som jeg gerne vil sætte fokus på, er informationerne til offentligheden om de godkendte tilknytningsforhold. Det er vigtigt, at oplysningerne er opdaterede. Det skal ikke være svært for den enkelte patient at finde og forstå disse oplysninger.

Som sagt kan regeringen ikke gå ind for at udelukke samarbejde mellem læger og lægemiddelindustri, det samarbejde er nødvendigt og nyttigt, men vi er åbne for tiltag, der yderligere kan styrke patienternes tillid til lægernes uvildige lægemiddelordination og behandling.

Kl. 12:26

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Der er en kort bemærkning til ministeren fra hr. Per Clausen.

Kl. 12:26

Per Clausen (EL):

Jeg skal starte med at takke ministeren for hans indlæg her i dag. Det er lige før, at jeg er tilbøjelig til at sige, at hvis ministeren nu havde skrevet det, som han nu har sagt, i nogle af sine svar til mig, kunne det være, vi ikke havde behøvet at have haft et beslutningsforslag i dag. Det er jo ikke, fordi ministeren og jeg er fuldstændig enige. Men det, at ministeren erkender, at der er et problem, og at der er behov for opstramninger, er jo i hvert fald positivt.

Jeg vil godt stille ministeren et enkelt spørgsmål: Er det ikke rigtigt, at så længe der eksisterer den mulighed, at en læge kan tjene penge på at fremme salget af bestemte produkter, eksisterer der en interessekonflikt, som gør, at man altid, uanset hvor omfattende man laver kontrolforanstaltningerne, kan sætte spørgsmålstejn ved lægens disposition?

Kl. 12:26

Kl. 12:30

Den fg. formand (Pernille Frahm):
Ministeren.

Kl. 12:27

Den fg. formand (Pernille Frahm):
Tak til ministeren. Så går vi i gang med ordførerrækken, og den første er fru Birgitte Josefsen fra Venstre.

Kl. 12:30

Indenrigs- og sundhedsministeren (Bertel Haarder):

Jeg synes, jeg var ret grundig, da jeg beskrev den balance, vi skal finde. For på den ene side har hr. Per Clausen fuldstændig ret i, at der ikke må kunne stilles spørgsmål ved lægers uvildighed, der må ikke kunne stilles spørgsmål ved, om det, de ordinerer, ordineres af hensyn til patienten eller af hensyn til nogle private interesser. På den anden side er det altså meget, meget vigtigt, at der er et offentligt-privat samarbejde, også i sundhedssektoren.

Det er jo en kæmpemæssig sektor, i øvrigt også en kæmpemæssig eksportsektor. Det er en sektor med store produktivitetsforbedringer, med kolossal meget innovation, med kolossal meget forskning – alt det, vi beder om erhvervslivet skal gøre, får vi jo inden for sundhedssektoren, fordi vi har en stor og livskraftig industri på feltet.

En af grundene er, at vi har en kultur i Danmark, som gør, at det er nemt at samarbejde offentligt-privat. Det er en styrke og ikke et problem, men vi skal selvfølgelig sikre, at der ikke kan stilles spørgsmål ved den enkelte læges uvildige varetagelse af patientens interesser.

Kl. 12:28

Den fg. formand (Pernille Frahm):
Hr. Per Clausen.

Kl. 12:28

Per Clausen (EL):

Men er ministeren ikke også enig i, at når man har sagt alt det om medicinalindustriens fortræffeligheder, inklusive deres enestående evne til at tjene penge, er vi også i den situation, at medicinalindustriens forbindelse med læger jo godt kan påvirke lægers vurdering af, hvad der skal til?

Jeg vil komme med et af de mest oplagte eksempler. Der er nu opstået en debat om, hvorvidt den rette vej til at løse fedmeproblemer er operation eller at opfinde nogle piller, der gør, at man kan tabe sig. Det ville måske være sådan, at hvis man fra samfundets side i stedet ofrede nogle flere ressourcer på at lave om på folks livsstil og f.eks. havde en fødevarerindustri, der ikke producerede fødevarer, som faktisk skabte fedmeproblemer, at man så ville finde en anden løsning på problemet. Det, at medicinalindustrien og lægerne er så tæt forbundet, betyder, at der kommer en ekstrem fokus på de løsningsmodeller, som handler om medicin i stedet for andre løsningsmodeller.

Kl. 12:29

Den fg. formand (Pernille Frahm):
Ministeren.

Kl. 12:29

Indenrigs- og sundhedsministeren (Bertel Haarder):

Jeg synes, man skal prøve at se det positive i det forhold, at der hele tiden arbejdes med nye lægemidler, med nye metoder og også med nye måder, hvorpå man eventuelt med operative indgreb kan løse borgernes problemer.

Jeg er enig i, at økonomiske interesser ikke må forvride den lægefaglige vurdering og den lægefaglige beslutning, og så synes jeg egentlig ikke vi kan komme ret meget længere med den sag. Jeg vil altså ikke bebrejde lægemiddelindustrien, at den nu er blevet Danmarks største eksportområde, det vil jeg ikke bebrejde lægemiddelindustrien, og det tror jeg heller ikke spørgeren vil.

(Ordfører)

Birgitte Josefsen (V):

Lad det være sagt med det samme, uanset om det er en læge, en advokat, en revisor eller en anden person, der har til opgave at hjælpe et andet menneske, skal den pågældende holde sin sti ren, så der ikke skabes tvivl om den ageren, der er i forhold til i det her tilfælde patienterne. Klienten skal være sikker på, at opgaven løses af personer med uvildige øjne.

På den anden side vil det også være skadeligt, såfremt vi kom dertil, at den pågældende ikke kan søge viden og udveksle erfaringer, som kan give en bedre patientbehandling, og derfor vil jeg gerne sige, at vi med det her beslutningsforslag og med det, jeg har hørt fra ministerens side, synes, vi skal tage imod den udstrakte hånd fra ministeren. Lad os se på, om der skal justeringer til i forhold til nugældende praksis, som jo er reguleret i apotekerloven, for der skal ikke sås tvivl om lægernes uvildighed ved lægeordinationer og andre produkter, der bruges i sundhedssektoren. Vi vil derfor opfordre til, at alle partier støtter op om, at ministeren får nedsat et udvalg, der kan gennemgå området og komme med forslag til, hvordan fremtidig praksis på området kan være, og at der kommer en meget tydelig information ud til lægerne, der præcist får formuleret, hvad der er gældende praksis.

Så har jeg jo været inde at se på Lægemiddelstyrelsens hjemmeside, og den kunne godt bruge lidt opjustering og opdatering, så det synes jeg sådan set også ministeren skal gå i gang med. Det var så også det, jeg i talen hørte ministeren ville gøre. Så hvis vi kan blive enige om den linje, synes jeg, det er den vej, vi skal gå.

Vi kan ikke støtte op om beslutningsforslaget, som det ligger.

Kl. 12:32

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Der er en kort bemærkning fra hr. Per Clausen.

Kl. 12:32

Per Clausen (EL):

Jeg synes ligesom fru Birgitte Josefsen, at det var et meget positivt indlæg, ministeren kom med. Det er jo rart, at vi er enige om det; det skal man nyde, når det kan ske.

Jeg vil bare spørge fru Birgitte Josefsen om en ting mere, og det er, om Venstre også er indstillet på, at vi i en drøftelse i Sundhedsudvalget muligvis kan lave en beretning, der kan give lidt vejledning til ministeren i retning af, hvad vi gerne vil have undersøgt.

Kl. 12:32

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Fru Birgitte Josefsen.

Kl. 12:32

Birgitte Josefsen (V):

Lad os tage drøftelsen og så tage udgangspunkt i de elementer, som ministeren har redegjort for her fra talerstolen. Så tror jeg, at vi måske kan finde fælles fodslag for at komme videre og få sikret, at patienterne kan være helt vis på, at når de sidder over for en læge og skal behandles, ja, så er det med de objektive øjne, det sker.

Kl. 12:33

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Tak til ordføreren. Vi går videre i ordførerrækken, og den næste er hr. Orla Hav fra Socialdemokraterne.

Kl. 12:33

Kl. 12:36

(Ordfører)

Orla Hav (S):

I min tale har jeg forberedt mig på at ville rose Enhedslisten mindst en gang for at rejse den her problematik, men jeg bliver nødt til at følge op med to gange ekstra ros.

Jeg er nødt til at rose ministeren for at tage pænt imod det gode forslag og være indstillet på at gøre en indsats i forhold til at skaffe nogle regler, som gør, at patienterne kan være sikre på, at der ikke er andre interesser end alene helbredsmæssige ind over lægens gøren og laden i forhold til patientens tarv. Det synes jeg er rigtig godt, og det bidrager vi gerne med og til i det udvalgsarbejde, der kommer efterfølgende.

Så vil jeg også rose fru Birgitte Josefsen fra Venstre og sige, at det er rigtig godt, og jeg tror, det vil være rigtig godt, hvis det er alle partier, der kan bakke op om, at vi får skabt et grundlag for at sikre, at patienterne aldrig nogen sinde kan komme tvivl om, at det, der er omdrejningspunktet i det, der sker i lægens behandling, i sundhedsvæsens behandling af personen, sker af hensyn til patientens tarv. Det er det, der er alfa og omega i den tillid, der skal eksistere i et velfungerende sundhedsvæsen.

Så deler jeg ministerens opfattelse af, at det er et kompliceret felt. Der er mange interesser, også samfundsmæssige interesser, hvor vi bruger læger på kryds og tværs, fordi det er en rigtig nødvendig og nyttig arbejdskraft for samfundet. Jeg tænker blot på eksempelvis lægers involvering i pensionssager, hvor vi samfundsmæssigt har til-delt dem en stor rolle. Derfor skal vi ikke klandre lægerne for, at de bliver brugt i den sammenhæng. Derfor anerkender jeg, at det er et kompliceret felt, vi har med at gøre.

På hele det offentlig-private samarbejde har vi behov for, der hele tiden udvikles nye behandlingsmetoder, nye præparater, nye maskiner, som kan bruges til at gøre livet bedre for patienterne. Så gerne et tilbundsående stykke arbejde for at gøre tingene endnu bedre og få det kommunikeret ud til patienterne.

Så bare en enkelt løftet pegefinger til Enhedslisten: Vi er ikke så forhippet på at få endnu flere begreber og spilleregler fra den kommercielle verden, der gælder for revisorer og advokater, hevet ind i sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsenet er noget helt særligt, og det skal vi værne om, også fra Folketingets side.

Kl. 12:36

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Det fremkaldte en kort bemærkning – så ordføreren må lige vente – fra hr. Per Clausen.

Kl. 12:36

Per Clausen (EL):

Nu er beslutningsforslaget jo ikke et forslag om, at vi skal kommercialisere sundhedsvæsenet. Det tager udgangspunkt i den kendsgerning, at vi har en kommerciel medicinalindustri og for den sags skyld også medicoindustri. Og er hr. Orla Hav ikke enig i, at når vi skal regulere forholdet mellem privat og offentligt, er vi nødt til at tage udgangspunkt i, at den private sektor, private virksomheder, har det grundsynspunkt, at formålet med deres produktion, ud over alt det gode, de gerne vil producere og gøre, er at tjene penge, og at vi derfor må anerkende, at de har en kommerciel interesse? Lige så vel som hvis hr. Orla Hav eller en læge køber aktier, er det, fordi man har en forventning om, at det giver et vist afkast.

Kl. 12:36

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Hr. Orla Hav.

Orla Hav (S):

Jeg er selvfølgelig enig i, at det er den interesse, som kommercielle foretagender har, men det bliver bare efter min bedste overbevisning ikke bedre af, at man vil trække endnu flere begreber fra den kommercielle verden ind i sundhedsvæsenet. Jeg synes, vi skal sikre, at det er etikken og lægefagligheden og sundhedsfagligheden, der driver vores sundhedsvæsen, og ikke lukke flere begreber fra den kommercielle verden ind i den direkte sundhedslovgivning. Og vi bidrager gerne til at sikre et godt grundlag herfor i det videre arbejde.

Kl. 12:37

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Hr. Per Clausen.

Kl. 12:37

Per Clausen (EL):

Nu skal man jo ikke ødelægge den gode stemning her en fredag eftermiddag – det er der ingen grund til, det går jo sådan set meget godt – men jeg vil alligevel spørge hr. Orla Hav, om han ikke tror, det kan være en lille smule farligt at have det udgangspunkt, at det, der driver læger, er så meget anderledes end det, der driver advokater. Hvis man ligesom bekræfter, at man tror, læger er bedre end advokater, så ligger der i det også sådan lidt en kritik af advokater, som jeg aldrig kunne drømme om at begive mig ud i. Jeg tror altså, vi er nødt til at tage udgangspunkt i, at læger, selv om de er professionelle og dygtige og kompetente og er blevet læger af alle mulige ideelle grunde, er drevet af de samme motiver, som driver mange andre mennesker, og vi lever desværre i en verden, hvor det kommercielle og penge spiller en stor rolle, så vi bliver nødt til også at regulere forholdet mellem læger og industri med udgangspunkt i, at der her er tale om kommercielle interesser.

Kl. 12:38

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Hr. Orla Hav.

Kl. 12:38

Orla Hav (S):

Ja, vi skal regulere, men jeg synes, vi skal regulere sundhedsvæsenet på sundhedsvæsenets betingelser, og så skal vi regulere de kommercielle aktører på deres betingelser.

Kl. 12:38

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Tak til ordføreren. Vi går videre i ordførerrækken, og den næste er fru Liselott Blixt fra Dansk Folkeparti.

Kl. 12:38

(Ordfører)

Liselott Blixt (DF):

Forslagsstillerne fremsætter dette forslag, for at det skal bringe lægerne på omgangshøjde med advokater og revisorer, hvad angår adskillelse af interesser. I Dansk Folkeparti har vi også stillet spørgsmål om lægernes interessekonflikter i forhold til medicoindustrien. Vi har tidligere stillet spørgsmål til ministeren om det her, og ministeren har derefter oplyst, at efter § 3, stk. 2 og 3, i apotekerloven må læger, tandlæger og apotekere ikke drive eller være tilknyttet en lægevirksomhed uden tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen. Pligten til at søge om tilladelse gælder for alle læger og tandlæger med patientbehandling i Danmark. Der skal ansøges for hver enkelt tilknytning, medmindre tilknytningsforholdet er af ubetydeligt omfang eller ulønnet. Om sanktionerne i forhold til de nævnte læger, der ikke har søgt om Lægemiddelstyrelsens tilladelse, oplyses det, at styrelsen

har givet dem en påtale, et gult kort. Som næste sanktionsmulighed nævnes en politisag med bøde.

For vores vedkommende er det vigtigste, hvad der er til gavn for patienterne. Hvis lægerne fuldstændig udelukkes fra lægemiddelin-dustrien, vil det gå ud over forskning og viden, som er nødvendig. Derfor vil det ikke gavne den enkelte patient, at det forbydes. Dog skal der være regler, og de skal følges, så vi kan være sikre på, at man som patient får den bedste behandling til ens diagnose og ikke dér, hvor lægen får størst profit.

Som forslagsstillerne skriver i deres forslag, er der forskellige episoder, der i de seneste år har set lidt mistænkelige ud, eksempelvis boreleatesten, som er den eneste, der blev anbefalet af den læge, som så selv tjente penge på den. Her må man være mere lydhør for at afprøve andre måder, når sådanne oplysninger kommer frem. Det vil være til gavn for patienterne, men da også for den læge, hvis det viser sig, at han har ret. Samtidig kan det også være kritisk, at vi har medicinalvirksomheder, der sælger vacciner, og som sidder med i udvalg, hvor man skal tage stilling til, hvordan man stiller sig til de vacciner.

Der skal være meget mere åbenhed på området, sådan at vi som borgere og patienter kan føle os sikre på, at der bliver gjort de rigtige tiltag. Derfor glæder det os at høre, at ministeren tager sagen alvorligt og vil iværksætte visse tiltag, som vil lægge op til drøftelse af mulighederne for en ny regulering og justering af området. Dansk Folkeparti kan ikke stemme for forslaget, men imødeser ministerens initiativer samt det, at vi kan tage det op i Sundhedsudvalget i alle partierne. Tak.

Kl. 12:41

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Der er ingen korte bemærkninger. Tak til ordføreren. Vi går videre til hr. Karl Bornhøft som ordfører for Socialistisk Folkeparti.

Kl. 12:41

(Ordfører)

Karl H. Bornhøft (SF):

Tak. Jeg synes, jeg kunne fornemme på den socialdemokratiske ordfører, at man var lidt langt ude, hvis man var nødt til både at rose Enhedslisten og ministeren på en gang. Hvis det er rigtigt opfattet, vil jeg også vedgå, at jeg i dag er langt ude. Jeg synes nemlig, der er grund til at rose begge parter, og der er især grund til at rose begge parter, fordi det faktisk er en meget alvorlig diskussion, der er taget hul på. For vi ved jo godt, at det, når en sygdom rammer os, altså er helt afgørende, at vi hurtigst muligt får den rigtige hjælp, og hvad den rigtige hjælp er, vurderes jo af den enkelte læge. Det betyder altså rent faktisk, at syge mennesker står i en meget sårbar situation, hvor de er afhængige af, at den enkelte læge samvittighedsfuldt anbefaler den bedste behandling.

Forholdet mellem patient og læge er baseret på den dybeste tillid. De fleste af os stoler fuldt og fast på, at lægen anviser den rette behandling, og sådan skal det også gerne være. Det er nemlig grundkernen i lægegerningen, at lægen vil os det bedste, og hvis vi skal være helt ærlige, må vi sige, at vi uden tillid i den situation jo nok alle var ilde stedt.

Men vi er altså også nødt til at erkende, at vi har oplevet tilfælde, som gør, at man indimellem kan stille sig spørgsmålet, om det nu også er helt i orden, og derfor vil jeg heller ikke lægge skjul på, at der i forslagets bemærkninger jo også er nævnt eksempler, hvor man – med rette – godt kan sætte spørgsmålstegn ved, hvad det egentlig er, der har drevet det i den konkrete situation, altså om det var patientinteresse eller det var økonomisk interesse eller det var et samspil mellem de to faktorer, og det er derfor vigtigt, at vi får taget hul på den her diskussion.

Så vi har som sagt stor sympati for Enhedslistens forslag om at gribe ind over for lægers interessekonflikter. Vi synes, det er vigtigt,

at vi fra politisk side gør alt, hvad vi kan, for at sikre patienterne den behandling, der gavner deres helbred mest, og ikke den behandling, der eventuelt kunne gavne en pengepung mest, og derfor er det også vigtigt at sige: Det her er overhovedet ikke i modstrid med lægernes interesse. Det er nemlig også i lægernes interesse, at der ikke er en berettiget tvivl. Derfor vil jeg heller ikke lægge skjul på, at vi faktisk synes, at de nuværende regler om åbenhed har vist sig at være lidt utilstrækkelige, og derfor vil vi også gerne være med til at stramme op på dem, også af hensyn til lægerne selv, for med en stramning af reglerne mener vi faktisk, at det vil kunne undgås, at der er læger, der uberettiget kommer under mistanke, og det synes jeg egentlig også er en funktion i sig selv.

Så jeg kan altså ikke understrege nok, at vi er meget positive over for indholdet i forslaget. Jeg vil dog ikke lægge skjul på, at vi synes, det er et forslag, der skal arbejdes videre med, fordi vi faktisk synes, at der er dele af forslaget, som i deres nuværende form ikke rigtig harmonerer med den måde, som sygehusvæsenet fungerer på i dagens Danmark. Så derfor er det jo ikke lige præcis det konkrete forslag, vi her står og siger ja til, det, vi står og siger ja til, er, at vi er villige til at gribe ind over for lægers interessekonflikter, men på en mere nuanceret måde, hvor der tages hensyn til det, vi kalder sundhedsvæsenets kompleksitet. Det er derfor, vi gerne vil bidrage i det videre forløb. Og skulle det her ende med, at vi kan skrive en fælles beretning fra alle partiers side, ja, så synes jeg faktisk, vi er kommet et pænt stykke videre.

Kl. 12:45

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Tak til ordføreren. Den næste i ordførerrækken er fru Vivi Kier fra Det Konservative Folkeparti.

Kl. 12:46

(Ordfører)

Vivi Kier (KF):

Jeg får sådan en lyst til at fortsætte i forlængelse af hr. Orla Havs udmeldinger og sige: Sikken dejlig dag det er i dag. Nu står vi med dagens tredje forslag, og det er faktisk lykkedes os på tværs af partiskel at nå frem til bred enighed om dem alle sammen.

Så vil jeg også starte med at rose hr. Per Clausen, for jeg synes, det faktisk er et rigtig godt forslag, vi står med; et godt forslag, forstået på den måde at jeg har stor, stor forståelse for det, der ligger bag. Jeg forstår godt bekymringen: Er vi nu sikre på, at der er fuld åbenhed og gennemsigtighed i det arbejde, der foregår mellem lægerne og industrien? Det er et arbejde, som jeg godt vil pointere at jeg anser for værdifuldt og vigtigt, men som skal være omfattet af klare og tydelige regler.

Derfor blev jeg også rigtig glad for ministerens udsagn, som lagde op til at nedsætte en arbejdsgruppe til gennemgang og eftersyn af de nuværende regler. Det hilser jeg meget velkommen, så det overrasker nok ikke hr. Per Clausen, at jeg siger, at jeg ikke kan tilslutte mig beslutningsforslaget. Jeg hørte ønsket om en beretning, men måske kunne det også være, at vi i fællesskab i udvalget udformede en række konkrete ønsker, vi kunne oversende til ministeren, og som vi gerne ville have belyst i det arbejde, der kommer til at foregå i den arbejdsgruppe, som bliver nedsat.

Så alt i alt tak for debatten. Jeg forstår bekymringen og forstår, at vi faktisk alle sammen er enige om, at vi glæder os over, at ministeren nu sætter noget i værk, så vi får mere klare og tydelige regler på dette område.

Kl. 12:47

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Tak til ordføreren, og vi går videre til ordføreren for forslagsstillerne, som er hr. Per Clausen fra Enhedslisten.

Kl. 12:48

(Ordfører for forslagstillerne)

Per Clausen (EL):

Jeg vil da også starte med at sige, at det jo har været en god debat, selv om den måske har savnet nogle af disse mere underholdende elementer som en række af de polemiske spørgsmål og kommentarer, jeg havde forberedt til både ministeren og ordførerne fra Venstre, De Konservative og Dansk Folkeparti, som jeg så ikke fik anledning til at aflevere. De må jo så gemmes til en anden god gang, der bliver nok lejlighed til det. På den måde har underholdningsværdien af debatten været lidt reduceret, men det synes jeg ikke man skal lade sig slå ud af, for grundlæggende er vi her jo ikke for at underholde, men for at opnå politiske resultater, og det synes jeg det ser ud til at vi godt kan i denne sag.

Jeg vil starte med at sige, at når jeg har taget denne her sag op, så er det jo ikke mindst, fordi jeg selv ganske ofte har oplevet ligesom at blive en brik i et spil, som jeg ikke helt syntes man kunne gennemskue. Jeg tror, de fleste sundhedsordførere, i hvert fald fra oppositionen og nok også fra Dansk Folkeparti, kender den situation, at man bliver kontaktet af radioavisen eller et andet respekteret medie, der fortæller, at nu har man virkelig en sag, fordi det viser sig, at der findes et nyt mirakelmiddel, som er meget bedre end de midler, der findes. Men Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen og den altid nærliggende minister, som jo også er enten fra Venstre eller Konservative og derfor pr. definition er nærig, vil ikke bruge denne medicin, der jo er fantastisk god. Der er fri adgang i radioavisen. Det er bare frem med kritikken, det går rigtig godt, og man får også en aftale med tv-avisen, så det er en af de bedste dage, hvis man er lidt medieorienteret, og det er der jo mange politikere der er.

Så bliver man ringet op af en af sine venner inden for lægeområdet, der spørger: Er du klar over, hvem der har finansieret den undersøgelse, som viser, at dette mirakelmiddel er meget bedre end det gamle og alt muligt andet? Nej, det ved jeg jo ikke lige. Men så kan den udmærkede læge fortælle mig, at det tilfældigvis er den medicinalvirksomhed, som har udviklet det her produkt. Det bliver det jo ikke dårligt af, og det kan også være, det er sandt, men det ville jo være rart at vide det. Jeg spørger så journalisten, om man lige har været opmærksom på det, men det har man ikke gjort så meget for at finde ud af, for det kunne godt have ødelagt historien eller skabt en anden historie.

Så er ulykken jo, at så kommer tv-avisen, og man har jo en aftale. Så står man der og udbreder sig, og det bliver lidt mere uklart, hvad man mener, og så kommer man heller ikke i tv-avisen den dag – rigtig skidt, rigtig skidt. Men det illustrerer jo meget godt den problemstilling, vi står i her, nemlig at der er så stærke økonomiske interesser i at få udviklet medicin og få denne medicin godkendt og brugt, at det altså godt kan påvirke nogle processer. Man kan jo ikke udelukke, at der er andre politikere, der også er hoppet på, og så kan det være, det faktisk begynder at rykke lidt. Jeg ved godt, at sundhedsministeren altid tager udgangspunkt i den saglige, faglige rådgivning, han får fra Lægemiddelstyrelsen og Sundhedsstyrelsen, men jeg tror nu godt, der indimellem kan gå politik i det.

Så har man så opgivet den sag, for der var nok ingen sag, og man skåner både ministeriet og ministeren for yderligere spørgsmål. Men så går der 4 dage, og så snakker man med en anden læge, som siger: Ja, det er jo alt sammen rigtigt nok, men de, der sidder og siger, at det nye middel slet ikke duer, og det gamle er meget bedre, har altså sådan set også udviklet den medicin, som man nu skal bruge.

Så må man sige, at så er det jo vanskeligt. Der er jo ikke noget som helst bevis for, at nogen her overhovedet har gjort noget forkert eller sagt noget forkert. Vi kan bare konstatere, at der er stærke økonomiske interesser i sagen, og en af vanskelighederne i denne her sag er, at lægemiddelindustrien, medicinalindustrien er så stærk økonomisk, at den faktisk er i stand til at træffe meget afgørende beslut-

ninger om, hvad der skal forskes i, hvad der skal udvikles, og dermed også om, hvad der skal bruges.

Den er også i stand til at skabe den opfattelse, at medicin er løsningen på alle problemer og udfordringer. Det er måske også en af forklaringerne på, at medicinforbruget i Danmark er steget dramatisk, at man har en meget, meget stærk industri, som er i stand til at påvirke udviklingen og også har skabt den historie, at det var medicinalindustrien, der løste sundhedsproblemerne i Danmark, selv om sandheden jo er, at det var rent drikkevand og kloakering og en lang række sociale reformer, som løste de fleste sundhedsproblemer i Danmark. Det betyder jo ikke, at medicin ikke spiller nogen rolle og ikke er vigtig og indimellem også er det middel, man skal bruge. Men det siger dog trods alt noget om, at det er en lille smule kompliceret.

Netop fordi medicinalindustrien er så stærk, og vi gentagne gange oplever, at det kan være svært ikke at få den tanke, at der er økonomiske interesser, som forsøger at påvirke vores politiske beslutninger; påvirke beslutninger om, hvilken medicin vi skal bruge, og påvirke beslutninger om, hvilke behandlinger man skal bruge – så synes jeg, det er rigtig positivt, at ministeren vil indgå i et konkret arbejde med at se på, om der er nogle regler, der skal strammes op.

Personlig har jeg jo det grundsynspunkt, at ligegyldigt hvad vi gør, så vil vi, så længe der er store økonomiske interesser forbundet med behandlingssystemet og udvikling af medicin, altid ende med, at der er en interessekonflikt. Jeg så jo gerne, at vi løste den interessekonflikt en gang for alle ved at gøre op med kommercialiseringen inden for sundhedsområdet. Men jeg erkender, at det nok ikke er så langt, vi når her en fredag eftermiddag, næsten lige før julemåneden starter, så vi må nøjes med det, vi kan få, og jeg vil sige, at det også er mere, end jeg havde forventet. Selv om jeg godt ved, at beslutningsforslag og spørgsmål osv. ikke påvirker regeringens politik synderligt, må jeg sige, at det, ministeren har sagt i dag, i hvert fald er noget mere fremkommeligt end det, han har svaret mig skriftligt tidligere, og det er jeg glad for.

Kl. 12:53

Den fg. formand (Pernille Frahm):

Tak til ordføreren.

Da der ikke er flere, som har bedt om ordet, er forhandlingen sluttet.

Jeg foreslår, at forslaget til folketingsbeslutning henvises til Sundhedsudvalget. Hvis ingen gør indsigelse, betragter jeg dette som vedtaget.

Det er vedtaget.

Kl. 12:53

Meddelelser fra formanden**Den fg. formand (Pernille Frahm):**

Der er ikke mere at foretage i dette møde.

Folketingets næste møde afholdes tirsdag den 23. november 2010 kl. 13.00.

Jeg henviser til den dagsorden, der fremgår af Folketingets hjemmeside, og jeg skal i øvrigt henvise til ugeplanen, der fremgår af Folketingets hjemmeside.

:

Mødet er hævet. (Kl. 12:53).
